SUSANA ACQUARONE

SUPERAR LAS CRISIS DE PÁNICO

Sentir, pensar y hacer

Cómo hacer frente a la ansiedad en el nuevo milenio

DEBOLSILLO

Susana Acquarone

Superar las crisis de pánico

Sentir, pensar y hacer

Cómo hacer frente a la ansiedad en el nuevo milenio

De Bolsillo

SÍGUENOS EN

megustaleer

@Ebooks

@megustaleeruy

@megustaleer

Penguin Random House Grupo Editorial

A Iris y Carmina.
Mis dos tesoros.

Soltando al dios Pan

La ansiedad del nuevo milenio

Según la mitología griega, el dios Pan dio origen a la palabra "pánico". Hijo de Hermes –mensajero de los dioses– y de una ninfa, era considerado el dios de los bosques, los campos y la fertilidad. En parte animal, con los cuernos, las patas y las orejas de un macho cabrío, era una divinidad robusta, dios de los pastores y de los cabreros. Músico magnífico, con su flauta galanteaba a las ninfas del bosque mientras estas danzaban, pero todas lo rechazaban por su fealdad.

Sus lugares preferidos eran las montañas, las cuevas y los parajes agrestes, pero su favorito era la Arcadia, el lugar donde había nacido y que estaba ubicado en la región central del Peloponeso, en Grecia. Mientras que el terreno real de la Arcadia es áspero, el paisaje idealizado es ameno y fértil. Allí vivía una comunidad incontaminada de pastores y deidades.

Este contraste entre el paisaje real y el idealizado –no muy difundido con posterioridad– conservó la Arcadia bajo una visión ilusoria de una existencia inocente, sin artificios, situada en un pasado clásico al que no alteraban los conflictos de la vida contemporánea o las coerciones de la moralidad judeocristiana.

Parecería que Pan conservara parte de esa contradicción, ya que hacía perder la cabeza a los que escuchaban su música, liberando estos sus sentimientos y emociones de entrega y repulsión.

Contradicción que curiosamente permaneció en la base de los trastornos mediados por el exceso de ansiedad, entre la sobreexcitación que nos lleva al clímax y la que nos desborda haciéndonos caer en el pavor o la intolerancia. Dos caras de una misma moneda: la sobreestimulación.

En ninguna otra época le ha tocado vivir a la humanidad lo que enfrentamos en este nuevo milenio: la búsqueda insaciable de adrenalina o la inercia por agobio de

responsabilidades; donde el ser humano no tiene tiempo ni espacio para pensarse. Y la falta de sentido de nuestra existencia queda recluida a un síntoma que pasa a gobernarnos. Vamos a los tumbos como sacándonos mochilas de encima y hemos dejado de aprender directo de la experiencia. Ojalá el acelere de la vida moderna fuese solo una cuestión de ritmos fácil a la que ajustarse, pero no lo es. ¿Cómo puede ser esto posible? ¡Individuos inteligentísimos que no podamos equilibrar fuerzas ni razones!

Estamos presos, pero primeramente de nosotros mismos. Que la inteligencia nos salve y esta maravillosa y misteriosa máquina humana no se pierda sus posibilidades.

Para culminar, este libro está dirigido a todas aquellas personas que experimentan o han padecido en algún grado la sensación de pánico y que, por más que buscan, no encuentran motivos ni forma de desprenderse de ella.

A todas ellas espero le sirva para volver a aprender a disfrutar del estado de flojera, pesadez y bienestar que naturalmente nos reporta estar relajados.

I. DESCRIPCIÓN Y ANÁLISIS DEL TRASTORNO DE PÁNICO

Necesitas hacer una pausa, un suspiro que te libere.
Pero no puedes, hay que ir más deprisa.
Exigencia intangible pero muy real que vamos asumiendo.
Aún no es pánico, ¡no!
¿Pero será el estado contenido una posible antesala?

De la crisis de pánico al trastorno de pánico

En la clínica con pacientes que padecen crisis de pánico es muy común escucharles decir que la crisis les vino de la nada, como si les cayera un rayo. Sin embargo, bien sabemos que eso no es cierto; en palabras de un viejo colega ese cielo ya estaba nublado. No obstante, la percepción de inmediatez que experimenta quien ha padecido una crisis, sin duda, es representativa de la sensación que tiene el consultante cuando llega a la consulta. Experimenta la crisis como algo abrupto, que no puede asociar con nada que la provoque, siendo justamente esta incertidumbre y desasosiego lo que hace, en la mayoría de los casos, que se repita.

Las crisis de pánico son una fuente de gran angustia. La experiencia de sentir que se puede estar muriendo, perdiendo el control o enloqueciendo generalmente es vivida como algo traumático.

Sin embargo, nada de esto llega a pasar en realidad, pues nadie ha muerto ni enloquecido por una crisis de pánico. El cuerpo no está dañado, y por más floridas –en cuanto a sus síntomas– que las crisis resulten, son solo consecuencia de un estado de hiperactivación del sistema nervioso que se vive en forma muy amenazante para la integridad física y/o psíquica. Implican un tema de funcionamiento.

Las crisis de pánico, también llamadas crisis de angustia, crisis de ansiedad o *panic attack,* consisten en episodios de extrema ansiedad y miedo intenso, que engloban una serie de manifestaciones, tanto físicas como cognitivas, emocionales en su conjunto, que la persona vive como una experiencia real de peligro inminente.

Algunos de los síntomas experimentados son los siguientes:

- Palpitaciones, taquicardia o sacudidas del corazón.
- Sudoración.
- Temblores o sacudidas generales.
- Sensación de ahogo, falta de aire o respiración entrecortada.
- Sensación de atragantarse.
- Opresión o malestar en el pecho.
- Náuseas o molestias abdominales.
- Inestabilidad, mareo, vértigo o desmayo.
- Sensación de entumecimiento u hormigueo.
- Escalofríos o sofocaciones.
- Sensación de estar separado de uno mismo (despersonalización)1 y/o sensación de irrealidad (desrealización)2.

A estos síntomas se agregan cinco miedos básicos de los cuales generalmente la persona experimenta uno o dos:

- Miedo a morir.
- Miedo a tener un ataque al corazón.
- Miedo a volverse loco/a o perder la razón.
- Miedo a perder el control.
- Miedo a desmayarse.

Basta con que cuatro de estos síntomas se presenten simultáneamente, de manera súbita y con una intensidad que aumente rápidamente para diagnosticar una crisis de pánico. La crisis suele ser un episodio breve, que dura entre 10 y 15 minutos generalmente, aunque en ocasiones puede llegar a durar 30 minutos. Algunos datos, no obstante, indican que un 15% de los ataques podrían prolongarse durante una hora. Aunque por regla general estos no superan las dos horas, una vez concluido el ataque, la

sensación de malestar sugiere que duró mucho más tiempo y la persona queda agotada y con una ansiedad residual.

En cuanto a la activación autonómica incrementada durante las crisis de pánico, no hay evidencia que indique que esta sea mayor a la observada durante diversas actividades, como la práctica de un deporte extremo.

En la descripción de los ataques de pánico se destaca la incapacidad de mantener un pensamiento racional en el momento de crisis y la existencia de un fuerte deseo de escapar de la situación. Respecto a su incidencia, se estima que entre un 10 y un 20% de la población adulta experimentará una crisis de pánico en algún momento de su vida, siendo más frecuente en mujeres entre los 20 y 30 años.

Pero no todas estas personas van a desarrollar el trastorno de pánico propiamente dicho. De hecho, para que se pueda diagnosticar un trastorno es indispensable la repetición de las crisis y la inquietud persistente de que esta se repita sumada a la preocupación acerca de las implicancias de las crisis o sus posibles consecuencias negativas.

Entre ellas se destacan: ausentismo laboral, pérdida del trabajo; limitación de salidas, paseos y situaciones de disfrute en general, tanto para quien padece el trastorno como para su familia; agotamiento físico y psicológico, que afecta las funciones de concentración y memoria, así como la productividad y creatividad; carencia de proyectos y metas en la vida; baja autoestima; dependencia farmacológica (generalmente ansiolítica); abuso de alcohol, depresión; otras complicaciones sociales y familiares (conflictos de pareja, inasertividad, etc.).

El trastorno de pánico se manifiesta entre el 1,5 y el 3% de la población, aproximadamente, según datos estadísticos internacionales. Otros estudios refieren que un 4% de la población presentará el trastorno.

Es común que la persona durante el año previo a la primera crisis de pánico haya estado sometida a diversos estresores, haya transitado por un cuadro depresivo de importancia o, bien, presentara síntomas aislados de ansiedad que se exacerbaron tras alguna situación puntual.

Las crisis de pánico no aparecen de la nada, hay un caldo de cultivo previo que hace, por un lado, que se debiliten nuestros recursos personales para hacerles frente y, por otra parte, se vaya aceitando el mecanismo que hace que experimentar la ansiedad se vuelva una forma cada vez más usual de reaccionar.

Cómo se explica el trastorno de pánico

Si bien existen diferencias individuales respecto a una mayor o menor reactividad biológica, es innegable que el contenido que pueda tomar el miedo es fruto del aprendizaje. Sin lugar a dudas, el entorno afecta nuestro sistema biológico y, a su vez, nuestro organismo es capaz de readaptarse, modificando las condiciones del entorno o sucumbiendo a ellas.

De momento no hay evidencia de que los ataques de pánico puedan considerarse desde un punto de vista estrictamente orgánico. Indudablemente los aprendizajes tempranos, fundamentalmente los que provienen del contacto con familiares cercanos o de las propias experiencias más o menos desafortunadas, marcarán el camino para aprender la respuesta ansiosa, aumentando por ende las probabilidades de una crisis.

Los estudios son concluyentes respecto a la importancia primordial que juegan diversos elementos relacionados con la aparición de las crisis de pánico en la actualidad del sujeto, no interesando tanto su o sus detonantes originales. La persona está muy preocupada por los orígenes de los problemas y, en verdad, le preocupa esto por una sencilla razón: dejar de padecer lo que padece.

Culturalmente está arraigada la idea de que al saber la causa de un problema este se soluciona, pero no funciona así.

El conductismo ha demostrado que en la mayoría de los problemas psicológicos los factores de origen de un problema no son los mismos que mantienen el problema en la actualidad. Y es a los que hemos de apuntar para superarlo. Por ende, más que de causas vinculadas al origen, es preferible hablar de factores desencadenantes de un problema y factores de mantenimiento del mismo.

Por otra parte, así podamos identificar claramente aquello que se vinculó originariamente con lo que nos aqueja, esto no nos asegura cambiar la situación. Se tratará, más bien, de hacer cosas distintas ahora a las que venimos realizando ya que son estas las que determinan cómo nos sentimos. Dentro de los factores relacionados con el origen de un problema, o también llamados predisponentes, se encuentran los acontecimientos vitales altamente estresantes. Pueden ser acontecimientos singulares que no son necesariamente negativos ni están asociados directamente con las crisis, pero que en un momento determinado de nuestras vidas nos generan un desborde de las capacidades psicológicas para hacerles frente. Bien podría tratarse tanto del nacimiento

de un hijo, como un casamiento, un viaje, un ascenso laboral; una separación conyugal, un divorcio, el cuidado de un enfermo, la muerte de un ser querido, la pérdida de trabajo, etc.

Nadie está libre de pasar por un episodio de esta índole.

Es altamente probable que la persona que experimenta una crisis por primera vez en forma abrupta e inesperada quede preocupada y le preste particular atención a lo ocurrido; pues como dice el refrán "el cuerpo es sabio, cuando algo raro sentimos, algo nos pasa".

Por lo general la crisis sobreviene luego de un período durante el cual la persona estuvo expuesta a un cúmulo de diferentes estresores, por tal motivo es altamente probable que vuelva a producirse al mes, o incluso antes, una segunda crisis. Generalmente ocurre cuando lo peor ya ha pasado y el sujeto se encuentra en un momento de aparente calma.

Un segundo elemento muy vinculado a la aparición de crisis de pánico es a consecuencia de una depresión. Pasar por una depresión nos deja carentes de recursos psicológicos adaptativos eficaces para lidiar con diversas cuestiones cotidianas. Asimismo, aceita el funcionamiento obsesivo o rumiatorio que suele caracterizar los trastornos de pánico; así como cualquier otra preocupación referida a dolencias físicas, cosa que es muy común apreciar en los estados depresivos.

Los estudios indican que las personas que desarrollan trastornos de ansiedad no difieren de quienes no los presentan tanto en la cantidad de acontecimientos estresantes, como en cuanto a la perturbación o el impacto negativo que estos tienen en ellas. No es tanto debido al número de estos, sino a cómo nos agarre parados. Se dedicará más adelante todo un apartado acerca de las características que definen a un estresor.

En tal sentido, algunos de estos factores desencadenantes de una primera crisis de pánico pueden generar solo una crisis y no ir más allá de ella. Entre los más relevantes se destacan: el consumo de sustancias como alcohol, alucinógenos, anfetaminas3 o sustancias similares, cannabis, cocaína, fenciclidina4 (o sus derivados), inhalantes, sedantes (hipnóticos o ansiolíticos); la abstinencia de barbitúricos o tranquilizantes menores o de cualquiera de las otras drogas antes mencionadas; el consumo excesivo de cafeína, nicotina u otros estimulantes; la "resaca", la ira o la excitación; la fatiga, la falta de sueño; cambios posturales rápidos; el calor; las fluctuaciones circadianas; las luces fluorescentes, las comidas copiosas.

Muy pocas veces, aunque ocasionalmente sucede, los ansiolíticos, los métodos de relajación y hasta el tomar cualquier otro fármaco inocuo, como los antidepresivos, tienen el poder de producir/generar efectos paradójicos, generando ansiedad. Se ha comprobado también en algunas personas la aparición de ansiedad como consecuencia de la realización de ejercicio físico excesivo.

Cabe mencionar que también pesarán ciertas características de personalidad o, más precisamente, patrones de conducta arraigados en la forma habitual de comportarnos para cristalizar finalmente el trastorno. Así, por ejemplo, formas de pensar muy enraizadas en preocupaciones y anticipaciones, el exceso de exigencia y responsabilidad, características de dependencia y necesidad de aprobación de los demás, timidez o inasertividad, miedos hipocondríacos, tendencia a deprimirse y distorsiones en la forma de procesar la realidad. Pero aunque pueden llegar a marcar una tendencia o predisposición, no son definitorias para desarrollar el trastorno de ansiedad.

Con respecto a posibles causas orgánicas, algunos problemas médicos también pueden producirla o facilitar su aparición. En tal sentido se destacan: arritmias cardíacas, angina de pecho, el prolapso de válvula mitral, la presión arterial anormalmente baja (hipotensión) o alta (hipertensión), el exceso de calcio en la sangre (hipercalcemia), la insuficiencia de glucosa en sangre (hipoglucemia), el incremento del funcionamiento de la glándula tiroides (hipertiroidismo), el aumento anormal en la secreción de catecolaminas –siendo la adrenalina una de ellas–
(feocromocitoma), la epilepsia y el asma.

Hay quienes postulan la existencia de factores genéticos involucrados. Esta predisposición biológica podría estar vinculada con la hipersensibilidad de los receptores químicos centrales de CO^2, una regulación anormal del sistema noradrenérgico, una sensibilidad alterada de los receptores cerebrales de las benzodiacepinas y una función reducida del ácido gamma-aminobutírico. Falta determinar si constituyen un factor de vulnerabilidad, una consecuencia del trastorno o solo un factor relacionado.

Resumiendo, si la situación es percibida como “insegura”, aparecen anticipaciones preocupatorias en referencia a la posibilidad de que “le venga el ataque de pánico” apenas tome conciencia de alguna sensación, tal como si la persona se pasase un escáner en todo el cuerpo. Lo que para cualquier otra persona significaría una sensación física natural o normal, a quien ya tuvo una crisis lo llevará a tener mayor temor y, por ende, su cuerpo se comportará como si estuviese enfrentado a un peligro real. Se le dilatarán

las pupilas, el corazón latirá más deprisa, se dilatarán los bronquios, etcétera. Todo esto hará bombear mayor cantidad de oxígeno a los músculos, que lo necesitarían en caso de tener que salir corriendo si se tratara de una defensa real ante un depredador; pero como eso no ocurre en realidad sino que, por el contrario, la persona padece los síntomas pasivamente –está aparentemente quieta en alguna situación social o se dirige hacia un lugar considerado seguro–, las sensaciones tenderán a percibirse con más intensidad, lo que llevará a desencadenar mayores síntomas físicos y cognitivos, configurándose finalmente la temida crisis de pánico.

Sin embargo, el hecho de que se le otorgue un motivo que medianamente conforme, sea este inexacto, como por ejemplo que "fue un ataque al hígado", que fue porque "se peleó con tal o cual persona", que "es una enterocolitis", que "son los calores intensos del verano", que "el aire está viciado", que "algo que comió le cayó mal", etc., restará importancia al tema y probablemente la crisis no vuelva a ocurrir. Lo cierto es que algunas de estas explicaciones funcionan, y no habiendo mayores inestabilidades, la cosa queda ahí. Si, por el contrario, la interpretación que la persona hace del hecho resulta catastrófica debido generalmente a desconocimiento sobre el tema, se hace mucho más probable que los síntomas aumenten de intensidad y se repitan.

Respecto a este factor sustancial de mantenimiento de las crisis, cobra especial importancia lo que se ha dado en llamar "miedo al miedo", o miedo anticipatorio; consistente en la retroalimentación del miedo por la anticipación de una nueva crisis, creando un estado general de hipervigilancia y, como consecuencia de ello, conductas de evitación de diversas situaciones para que no se repitan.

Es decir, no existe una causa única y directa sino un cúmulo de elementos que posibilitan el desarrollo de un problema.

Unidos a la primera crisis quedarán asociados elementos del entorno específico donde tuvo lugar, así como particularidades personales del momento en concreto: la propia condición del organismo en el instante previo a padecerla, las sensaciones que experimentó, lo que hizo la persona para encarar la situación, quiénes estaban presentes, si recibió ayuda, qué pensaba acerca de lo que le estaba pasando. Incluso los propios pensamientos han de quedar asociados a la crisis.

Al constituir la crisis de pánico una experiencia "fuerte" para quien la padece, se la podría considerar como un "microtrauma" por el efecto altamente condicionante que produce. Las crisis de pánico se aprenden, y algo aprendido tiende a repetirse.

Dichos elementos, presentes en el primer momento de acaecida la crisis, se trastrocarán fácilmente en estímulos; posteriormente ellos –o incluso condiciones parecidas– adquirirán el "poder" o la capacidad de provocarla, por asociación con la misma. A este principio de aprendizaje se le denomina condicionamiento clásico.

El mismo pone de relevancia el modo en que se aprenden la mayoría de las respuestas emocionales y fisiológicas, vinculando el repertorio de respuestas reflejas o innatas a eventos del entorno inicialmente "neutros", que adquirirán por asociación con las primeras la capacidad de generar una respuesta similar; pero desde ese momento, aprendida. Volveremos sobre este modelo de aprendizaje más adelante.

En cambio, el principal factor responsable de su mantenimiento no son tanto los distintos eventos disparadores –que los habrá– sino considerar que las crisis son peligrosas.

El segundo principio de aprendizaje vinculado con el trastorno de pánico es el denominado aprendizaje operante o instrumental, en tanto opera en el medio y es responsable en última instancia del mantenimiento del trastorno de ansiedad. Conductas concretas, que la persona realiza sin darse cuenta del efecto que tienen con el afán de resolver su situación, empeoran las cosas y ayudan a cronificar el cuadro clínico. Las personas terminan haciendo cosas para "obtener" tranquilidad o seguridad y evitan otras para no sentirse mal.

De alguna manera, la incertidumbre que rodea el ataque de pánico viene a ser el punto de enlace con lo que podemos definir como un trastorno del comportamiento. Es decir, la preocupación persistente ante la posibilidad de una nueva crisis y los intentos de control para que no vuelva a suceder.

Se comienza de esta forma a tomar una serie de recaudos. Así, por ejemplo, es común sentarse en un cine sobre el borde de la fila de asientos, cerca de una salida, por si hay que salir "corriendo", o bien directamente no ir al cine; no subir a un ómnibus con mucha gente porque la falta de aire fresco podría empeorar las cosas; cuidarse en el verano del excesivo calor porque la baja presión podría causar un desmayo; ingerir azúcar por creer necesitarla y considerar esto "verdad absoluta", cuando poco hace para prevenir un desmayo.

Otros factores también muy comúnmente asociados (técnicamente: "condicionados") a la crisis y, por ende, también "controlados" en la medida de lo posible son: la presencia o ausencia de gente, tomar mate en las mañanas, acostarse a dormir –por la noche sobre

todo–, un lugar abierto como una playa o una calle ancha, la velocidad con que se transita en un automóvil, etcétera. Otras formas de control implican tomar medidas paliativas: moverse en taxi como una forma de poder llegar rápido a un lugar "seguro", tomar aire a gusto, poder bajar cuando uno lo disponga y prontamente, etcétera.

Como vemos, a medida que pasa el tiempo el evento "real" que dispara las crisis puede ser mantenido a modo de recuerdo y/o sensación.

A tener miedo se aprende, no nacemos con miedo.

Son muy pocos los instintos o actos reflejos de supervivencia y tienen que ver con peligros reales y concretos. En el trastorno de pánico y en otros trastornos de ansiedad no hay peligro real: es miedo. Tras todo lo anterior, si la persona confirma que la crisis ocurre si está en tal o cual lugar y de tal o cual manera, entonces concluye: "¡Tengo razón!". "Me pasa por esto y aquello, entonces algo malo tendré que los médicos no pueden descubrir".

Cabe agregar, asimismo, que sus familiares y amigos, dando fe del mal momento experimentado y desorientados también, van poco a poco reforzando esta pauta de comportamiento de alarma y anticipación casi constantes previa a la crisis. Con el afán de tranquilizar y ayudar, hacen más dependiente a quien padece la crisis. Terminan realizando cosas en su lugar: hacen las compras, llevan a los niños a la escuela, llaman al médico, los acompañan a caminar por una noche de invierno si el paciente así lo siente, le dicen con cara de congoja "no tenés nada" –cosa que resulta poco creíble en tanto que se muestran inseguros–; con esta actitud terminan por sumar un tono de anormalidad a la situación.

Por otra parte, muchas personas acuden rápidamente al médico, generalmente a un servicio de emergencia en primer término, y encuentran allí un alivio inmediato a sus síntomas. Sin embargo, con frecuencia la incertidumbre –y con ella el temor– es reforzada por los propios profesionales de la salud, que cuando atienden al paciente ante una crisis le aseguran que no tiene nada, que es de la cabeza o que es estrés, y le dan un tranquilizante. Esto en general empeora las cosas. Una segunda situación que suele plantearse es que los médicos no le digan nada al paciente y lo deriven a especialistas varios; comienza así un largo periplo de consultas y exámenes médicos que, si bien no hallan causa orgánica alguna, tampoco brindan respuestas. Esto es muy común y genera mayores expectativas negativas e incertidumbre sobre lo que le pasa a quien padece crisis de pánico.

Sin quererlo y sin siquiera conocer cómo operan en nosotros ciertos principios del aprendizaje, se ha reforzado una pauta de comportamiento altamente contraproducente: me siento mal o puedo llegar a estarlo, debo tener cerca una emergencia por si acaso, o vamos ya a la emergencia. Se trata de un tipo de reforzamiento "negativo"; en la medida que evito lugares o situaciones logro parcialmente controlar la ansiedad y esta baja; o bien, si cuento con algo o alguien que me dé seguridad, me tranquiliza y los síntomas automáticamente desaparecen. Esta actitud va debilitando la capacidad de relativizar la experiencia y tranquilizarse por sus propios medios.

Incluso, así fuera que se tratase de cierto desajuste orgánico, a esta altura ya no exime que se haya condicionado además una respuesta de ansiedad excesiva en relación con la situación y hay que tratarla. Es frecuente que luego de haber llamado a la emergencia médica desaparezcan todos los síntomas. Sin duda, la sola expectativa de recibir la ansiada ayuda alivia el temor, pero el sujeto y sus familiares quedarán más desorientados. El individuo está tan centrado en el miedo que es presa de él. Es que el miedo, si no se lo afronta, se generaliza.

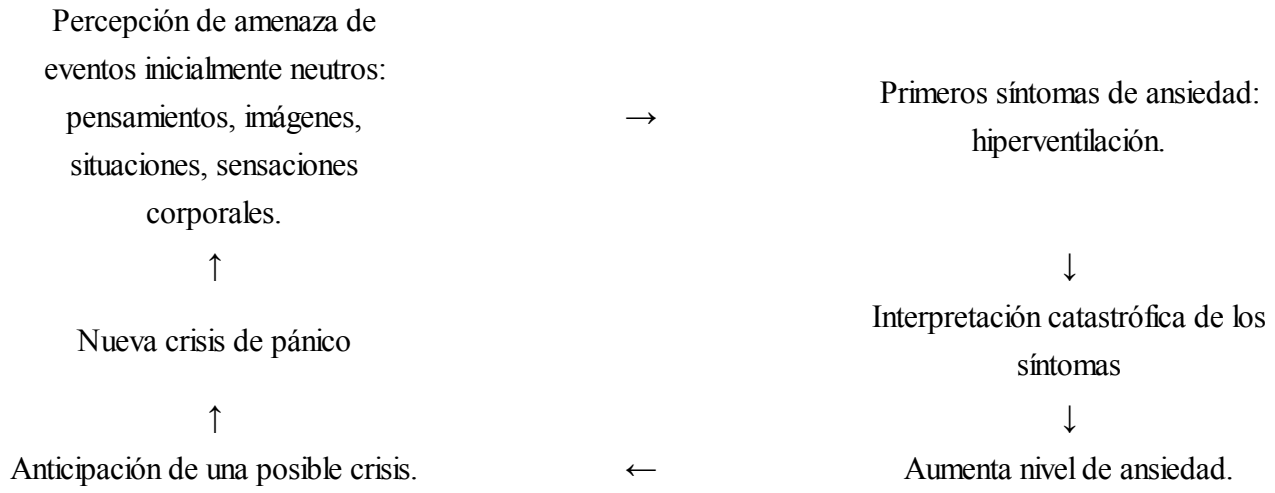
Es decir, lo que se "condiciona" o aprende no es solo a experimentar ansiedad ante un lugar similar al de la primera crisis sino también ante las "propiedades de ese evento"; si se estaba en una reunión de difícil salida, si era una situación íntima, si por el contrario se estaba en una situación pública, si hacía excesivo calor, si faltaba aire en ese ambiente, si la presencia o ausencia de gente nos ponía de una particular manera, etc. La crisis no es aleatoria por más que nos parezca; a veces, aunque se repita una situación muy similar, esta no aparece. Pongamos por ejemplo alguien que las experimenta ante la posibilidad de viajar en avión, pero justo el día del viaje se entera de una gran noticia, está pendiente de un problema familiar de cierta gravedad o viaja a su lado un médico; probablemente esto ocupará sus pensamientos y la inminencia de una crisis quede en un segundo plano. Por tanto, no podemos hacer un análisis lineal porque hay excepciones, pero las mismas también siguen los principios del aprendizaje aunque sean inaccesibles a quien la padece. La crisis de pánico mantiene una estrecha relación con lo que hacemos o dejamos de hacer en la actualidad del sujeto. ¡Y pensar, también es hacer!

Podemos concluir que lo que mantiene las crisis de pánico es lo que se ha dado en llamar técnicamente hablando, el pensamiento preocupatorio y anticipatorio; estrechamente vinculado a la conducta de evitación. Cuando la persona corrige sus juicios y se da cuenta de que es simplemente un desajuste de la respuesta de ansiedad en

la amplia mayoría de los casos, bastará con que vuelva a exponerse a dichas situaciones o eventos condicionados para que estos pierdan progresivamente la capacidad de elicitar una crisis y se vayan poco a poco desensibilizando.

El círculo vicioso del pánico

Muy sucintamente, podríamos graficar el proceso de la siguiente forma:



Trastornos asociados

Entre los trastornos asociados encontramos la agorafobia, la ansiedad generalizada, las fobias específicas, los trastornos obsesivo-compulsivos, trastorno por estrés postraumático y por estrés-agudo y especialmente la depresión.

Es muy común que el trastorno de pánico se presente como parte de otro trastorno de ansiedad muy frecuente, la agorafobia.

La agorafobia es la aparición de ansiedad o miedo ante situaciones en las que escapar pueda resultar difícil o embarazoso; o que ante la presencia de un ataque de pánico o síntomas similares a la angustia no se disponga de ayuda. Se manifiesta ante situaciones percibidas por el paciente como potencialmente peligrosas, no porque en sí mismas lo sean sino porque se han quedado asociadas a un malestar muy intenso. Los más comunes son: lugares públicos muy concurridos (realizar colas en comercios, centros comerciales, oficinas públicas); espacios cerrados (cines, teatros) y utilización de medios de transporte; o diversas situaciones (permanecer solos en casa, asistir a reuniones sociales, laborales o familiares, llevar a los hijos al colegio, distanciarse del hogar, etcétera). Cuando las personas se enfrentan a estas situaciones es frecuente que padezcan una crisis de pánico (aunque bien pudieran manifestar solamente algunas sensaciones de ansiedad excesiva, haciendo igualmente limitante la vida del sujeto).

Dentro de esta categoría clínica se encuentra la claustrofobia, una especie de agorafobia, pero donde el miedo pasa a estar asociado al encierro. Por eso es frecuente que se produzca ante ascensores, lugares cerrados, etc.

En el correr de un breve período de tiempo pueden llegar a aislarse de tal forma que permanezcan recluidas en su casa. Por tanto, la agorafobia es un trastorno que se presenta generalmente asociado a depresión, problemas vinculares, problemas de pareja, estancamiento, limitaciones a nivel familiar, social y laboral.

Lamentablemente hasta hace poco era frecuente que el paciente consultara por esta patología diez años después del primer síntoma. Su diagnóstico y tratamiento precoz son fundamentales para mantener la calidad de vida, ya que causa importantes estragos a nivel personal. Incluso se le llegaba a confundir con el apragmatismo de las esquizofrenias, con afecciones epilépticas de origen difuso o con estados de depresión endógena. En la actualidad, desde hace ya más de dos décadas, se ha difundido el mismo y se lo diagnostica con bastante rapidez.

Es el trastorno por excelencia donde se presenta lo que ya hemos mencionado como "el miedo al miedo". Consiste en tenerle miedo al propio estado de miedo; se le tiene miedo a la propia respuesta de ansiedad, a las sensaciones corporales concomitantes, a los pensamientos perturbadores asociados a ellas y a sus posibles consecuencias negativas sobre la propia salud psicofísica.

En el trastorno de ansiedad generalizada se experimenta ansiedad en forma crónica, por lo general sin llegar a padecer crisis, mientras que los ataques de pánico pueden llegar a ocurrir circunstancialmente. El sello distintivo aquí es que al experimentarse ansiedad en todo momento, la persona pierde la capacidad de disfrutar el ahora pues está siempre un paso más allá ocupada en lo que va a hacer después. En las fobias y los trastornos obsesivo-compulsivos se experimenta miedo y ansiedad ante objetos, situaciones o grupos de ideas específicas y circunscritas a estos. En las fobias el objeto en cuestión –ya sea un animal, por ejemplo, un insecto, o una situación, como la extracción de sangre o la altura– es el responsable directo del advenimiento de una crisis; en consecuencia, es más sencilla la evitación del estímulo y, por ende, el control de la ansiedad. No obstante, hay una fobia en particular estrechamente vinculada con las crisis de pánico, es la fobia al atragantamiento. En tanto implica sensación de ahogo, falta de aire y apretamiento de la garganta, más algún temor a morirse, es importante a los efectos terapéuticos hacer el diagnóstico diferencial. En el trastorno obsesivo-compulsivo generalmente no aparecen

crisis de pánico y cuando se presentan son producto de la exposición a los temores obsesivos y no es posible mitigarlos tras la realización de rituales.

En otras circunstancias, el miedo y las crisis de pánico se disparan con la exposición a diversas situaciones sociales. Entre las fobias sociales hay diversos grados de limitación, y revisten diferencias importantes unas fobias sociales de otras. Por último, cabe mencionar otros dos trastornos de ansiedad: los trastornos por estrés postraumático y el trastorno por estrés-agudo. Si bien en ninguno de los dos casos es frecuente la aparición de crisis de pánico, tampoco es excluyente y son habituales los síntomas aislados de ansiedad excesiva, a modo de despersonalización, desrealización o sintomatología fisiológica cuando se rememoran, tanto en vigilia (episodios de flashback) como al dormir, los episodios vinculados al hecho traumático vivido o contado por otros. En estos casos la situación traumática es real: se ha corrido riesgo de vida directamente, o bien se lo ha presenciado o se ha asistido a la narración realizada por otros acerca del daño a su integridad física o la de los demás.

1. La persona sabe perfectamente quién es pero se siente rara consigo misma, como si no fuese quien es, separada de sí. Puede tener también la experiencia de verse extraña a sí misma, llegando incluso a mirarse a un espejo u observar alguna parte de su cuerpo y sentir que la imagen que está viendo no le pertenece por completo.

2. Es muy parecido al anterior, con la diferencia de que en este caso es el entorno lo que se ve “raro”, no conocido, sabiendo la persona dónde se encuentra. Hay un alejamiento de las cosas.

Ambos síntomas son muy difusos y varían enormemente de una persona a otra. Por lo general son los que conllevan mayor grado de temor.

3. Anfetamina, fármaco estimulante del sistema nervioso central y periférico.

4. Fenciclidina (PCP), anestésico general.

II. LO QUE VA POR CUENTA DEL APRENDIZAJE

No somos las criaturas de razón que pensamos ser.
Por el contrario, incluso las personas más austeras
son criaturas con potentes sistemas emocionales.
Tras actuar dominados por nuestras vísceras solemos
'racionalizar' nuestros actos para ocultar nuestra debilidad.

John Broadus Watson

Primer modelo de aprendizaje: condicionamiento clásico

Basándonos en el concepto de reflejos condicionados, hito fundamental de la obra del célebre fisiólogo de fines del siglo XIX y comienzos del XX, Iván Pavlov (1849-1936), arribaremos a uno de los más investigados modelos teóricos del conductismo, el Modelo de Condicionamiento Clásico o Aprendizaje Clásico, que desarrollara posteriormente el psicólogo estadounidense J. B. Watson.

El sello que singulariza a Pavlov de sus coetáneos fueron sus investigaciones en el área de la fisiología precisamente, no sus estudios sobre las secreciones digestivas en los perros que tan ampliamente estudiara: innovó y revolucionó toda la fisiología y psicología de la época al aportar nuevos datos en el estudio de la actividad nerviosa superior. Descubrió el enlace entre el reflejo considerado puramente instintivo y la actividad "psíquica", y es por esta razón que él denominó a los reflejos condicionados –que significa asociados a– "reflejos psíquicos".

Definamos condicionamiento como sinónimo de aprendizaje por asociación. Ante un

estímulo incondicionado, es decir sin condiciones, se desencadenará inevitablemente una respuesta incondicionada; nacemos con este mecanismo programado biológicamente. Por ejemplo, el dolor ante un pinchazo. Sin embargo, debido a la repetición y por apareamientos sucesivos entre este estímulo incondicionado y la respuesta de dolor, van a quedar asociados a ella elementos que en principio serían considerados "neutros" pero que adquirirán luego la capacidad de elicitar o disparar una respuesta similar a la incondicionada, siendo en este último caso ya condicionada. Siguiendo con el ejemplo, ante lo que en principio no nos generaría nada, como ver una jeringa, una vez que hemos sido pinchados por ella se nos disparará una respuesta cuando no de dolor al menos sí de aprensión o rechazo ante su sola presencia. Es decir, se habrá asociado, o dicho de otra forma, habremos aprendido.

Nacemos con algunas respuestas predeterminadas biológicamente, como por ejemplo la ansiedad ante la pérdida de sustentación –si a un bebé se lo suelta por unos segundos manifestará una serie de cambios fisiológicos y motores que englobaríamos dentro de lo que llamamos ansiedad–; otros ejemplos son la sensación de hambre ante la carencia de comida que también es innata, o la sensación de dolor ante estímulos que impliquen daños al organismo.

A continuación ponemos un par de ejemplos de condicionamiento clásico para que resulte más claro.

Aprendizaje por asociación

Estímulo incondicionado (EI)	→	Respuesta incondicionada (RI)
Estímulo condicionado (EC)	→	Respuesta condicionada (RC)
Ejemplo 1: Ruido fuerte (EI)	→	Sobresalto, ansiedad (RI)
Martillo (EC)	→	Algún síntoma de ansiedad (RC)
Ejemplo 2: Ejercicio físico intenso (EI)	→	Hiperventilación, síntomas de ansiedad (RI)
Gimnasio (EC)	→	Crisis de pánico (RC)

Un pequeño ejercicio: piensen un segundo en la última vez que disfrutaron de una velada especial, dónde se encontraban, qué estaban haciendo, con quién o quiénes estaban, etc. Apreciarán inmediatamente cómo se nos "pega" una cierta emoción

agradable, una sonrisa en el rostro, un suspiro, imágenes del momento, etc. Bien, esto es un claro ejemplo de aprendizaje por condicionamiento clásico.

La respuesta de los perros ante lo desconocido

El presente estudio fue llevado a cabo por la Dra. N. Chenguer-Krestovnikova y me interesa mostrar a través de él cómo los perros no solo aprenden también por los mismos mecanismos que los humanos sino, y muy especialmente, cómo se ve desestructurada su respuesta al presentárseles un estímulo que genera confusión.

Experimento

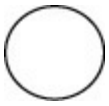
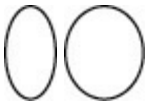
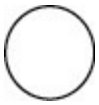
1. En primer término se condicionó al perro a responder ante un estímulo determinado. Utilizando el reflejo alimentario se lo condicionó a un círculo luminoso que se proyectaba ante el perro sobre una pantalla en calidad de excitante o señal que anticipaba la comida. El perro respondía con excitación fisiológica y reacción nutritiva.
2. Seguidamente se enseñó al perro a discriminar que ante una forma similar pero distinta, como una elipse, no dispondría del alimento. Se comenzó la diferenciación entre el círculo y una elipse de igual superficie y luminosidad con una relación de sus semiejes de 2 a 1, dándose un proceso de inhibición como respuesta del animal. Progresivamente, al aproximar la elipse al círculo, es decir, al igualar cada vez más los dos ejes de la elipse, se obtenía una diferenciación cada vez más fina.
3. “Pero todo cambió con una elipse cuya relación entre los dos semiejes era de 9 a 8”, es decir, una forma prácticamente igual a la del círculo. La nueva discriminación obtenida se mantuvo unas dos o tres semanas, pero siempre incompleta. Luego, no solo desapareció sino que arrastró consigo la desaparición de todas las anteriores discriminaciones. El perro, que hasta ese momento se mantenía tranquilo, “entró en un estado de continua agitación, produciendo fuertes ladridos”.

Resultados

La “lucha” del animal ocasionada entre estos dos procesos opuestos, inhibitorio y

excitatorio, acababa con un trastorno de la actividad nerviosa que se manifestaba en un estado patológico que podía durar horas, días, semanas y tal vez años.

Este experimento se replicó nuevamente con la finalidad de verificar sus resultados. Una vez elaboradas todas las diferenciaciones, que esta vez requirieron más tiempo, la discriminación límite tuvo el mismo efecto que antes: todas las diferenciaciones precedentes se desvanecieron y el perro volvió a caer en un estado de sobreexcitación.

Círculo luminoso Señal de comida venidera 	→	Excitación fisiológica Reacción nutritiva
Elipse (proporción 2/1) 	→	Inhibición No comida
Elipse (proporción 9/8) 	→	Ladridos Agitación motora Sobreexcitación

Concluyamos:

1. Los animales aprenden la discriminación de estímulos neutros, respondiendo a ellos en forma diferenciada.
2. Ante una elipse muy cercana a un círculo se genera una "confusión" que desorganiza la respuesta del animal ante el estímulo, manifestando signos fisiológicos de ansiedad ante la presencia de una señal que no discrimina, es decir, un estímulo desconocido (y no necesariamente amenazante).
3. No hace falta la actividad "consciente" o "voluntaria" para responder al ambiente ni para aprender en la interacción con nuestro entorno.

Segundo modelo de aprendizaje: condicionamiento operante

Un vago sentido de orden emerge de
cualquier observación continuada
de la conducta humana.

Normalmente usamos apreciaciones muy seguras sobre nuestra conducta o la de los demás, apelando al "libre albedrío", a "la fuerza de voluntad", o a tener "autocontrol"; no obstante, no siempre querer es poder. Nuestra forma habitual de conducirnos, a la que llamamos "personalidad", no es cien por ciento racional ni mucho menos. Así, actuamos más guiados por lo que decimos "sentir" o "tener ganas", o bien anteponemos "justificaciones por lo no hecho". No son los sanos y lógicos juicios los que terminarán marcando nuestros pasos.

Esto no significa que no conozcamos personas que sí han de mantener su palabra, que son firmes, exitosas y presentan una "conducta intachable". Lo que estamos diciendo es que ello no se debe a la fuerza de voluntad ni al libre albedrío, ni a cualquier otro concepto mentalista o internalista. Estas personas simplemente han aprendido a basar sus conductas en la relación fuertemente contingencial entre determinados comportamientos adaptativos o convenientes y sus consecuencias positivas, las cuales "reforzarán" a los primeros.

No es que estemos a merced del entorno, muy por el contrario, establecemos estrechas relaciones con él. El individuo interviene activamente en su vida, pero esta al mismo tiempo determina más de lo que se piensa nuestro actuar. Por eso "falla la voluntad", no siempre se consigue hacer lo que se tiene claro, ni se elige totalmente libremente o se tiene absoluto autocontrol.

Existe un modelo de aprendizaje que explica muy bien nuestra supuesta inconsistencia al actuar, dando razón y no justificación a ello, se trata del Modelo de Condicionamiento Operante; se lo define como operante o también instrumental porque opera en el medio. El postulado básico del mismo afirma que: la conducta está controlada por sus consecuencias; cuanto más inmediatas, de mayor magnitud y potentes estas sean, mayor poder ejercen.

Ahora bien, ¿cómo es posible que algo que sucede con posterioridad a nuestra conducta pueda controlarla en la actualidad?

Este modelo teórico postula que son las consecuencias de nuestra conducta las que mantienen, refuerzan o extinguen la probabilidad futura de emisión de esta.

Tomemos como ejemplo la crisis de pánico. Una vez que la persona comienza a

experimentar los síntomas tenderá a evitar cualquier situación o evento asociado a ella, lo cual baja sus niveles de ansiedad. Evita el estímulo (proceso de "reforzamiento negativo") y busca seguridad (un lugar seguro, cerca de su casa o una emergencia), lo que le reporta tranquilidad (proceso de "reforzamiento positivo"). Por más que la persona sepa que los síntomas no son peligrosos, la sensación es más fuerte que su raciocinio.

Técnicamente se llama "reforzador" a las consecuencias que cumplen la función de mantener o aumentar la conducta. Cuando deja de presentarse ese tal reforzador, la conducta pasa a extinguirse. El castigo también puede ser una consecuencia posible de nuestra conducta. Este elimina la conducta de la que se trate, no siendo un procedimiento útil si lo que deseamos es generar conducta nueva.

"Reforzador" no es lo mismo que "recompensas", "premios" o "castigos"; un reforzador adquiere su nombre por la función que cumple: aumentar, mantener, disminuir o extinguir la conducta. Es el proceso y no el reforzador el que es denominado positivo o negativo; es decir, no se trata de que este sea necesariamente un bien valorado social, personal o materialmente. A cada persona, fruto de su propia historia de vida, la refuerzan "cosas" distintas.

Las consecuencias a corto plazo tienen mayor poder de controlar la conducta presente que las diferidas en el tiempo y a más largo plazo.

III. A PUNTO DE PARTIDA DE NUESTRO SUSTRATO BIOLÓGICO

Ansiedad - estrés

Por definición los términos ansiedad o estrés hacen referencia al conjunto de cambios básicamente físicos ocurridos en el organismo ante la presencia de un peligro o un requerimiento proveniente del "medio".

Se denomina sobreactivación fisiológica, o simplemente activación fisiológica o arousal, al conjunto de dichos cambios. Dado que algunos de los cambios fisiológicos son exactamente los mismos cuando estamos estresados que cuando decimos estar ansiosos, coloquialmente son usados como sinónimos.

Así por ejemplo, cuando quedamos expuestos ante una situación de peligro, nuestro cuerpo se preparará para la acción. Experimentaremos entonces un aumento de la frecuencia cardiorrespiratoria y de la presión arterial, una dilatación de los bronquios para procurar mayor cantidad de oxígeno que será transportado a través del torrente sanguíneo a los músculos, una tensión general de todos los músculos de nuestro cuerpo que nos protegerán del posible daño a los órganos internos, entre los cambios más notorios.

También existirán otro tipo de cambios biológicos no observables, como por ejemplo el papel crucial que juega el hígado al enviar mayor cantidad de glucosa a la sangre, cuya finalidad es la de posibilitar un gasto suplementario de energía.

Por otra parte, a la agudeza de los sentidos que caracteriza este momento se le sumará un rápido procesamiento de la situación y se agilitarán los recursos personales de que disponemos para resolverla.

Desde un punto de vista psicobiológico podemos definir la ansiedad como un estado

global del organismo en que este se encuentra en alerta e hipervigilancia ante una demanda.

Este particular estado del organismo no es completamente involuntario ni automático. La manera de percibir la nueva situación y los recursos para afrontarla se irán modificando en virtud de anteriores experiencias, propias o ajenas. Es decir que a la activación fisiológica se agrega un componente subjetivo que nos predispone a tomar una acción determinada.

Si bien la respuesta de ansiedad constituye un mecanismo filogenéticamente determinado, no es ajena a procesos de aprendizaje, cumpliendo de esta forma una función adaptativa para la supervivencia del propio organismo y su especie.

Por ende, la ansiedad no sería "mala" como acostumbra calificársela. Dicha connotación hace referencia a un uso social, donde acaba confundiéndose el exceso de ansiedad o la propia respuesta –según sea el caso– con determinadas situaciones consideradas como "negativas".

Pero hemos de tener en cuenta, asimismo, que tanto la ansiedad como el estrés no son solo respuestas de ajuste ante "lo negativo o amenazador", sino que también la experimentamos ante eventos o situaciones altamente "positivas" y productivas, inclusive buscadas por nosotros mismos. Así por ejemplo, el deportista, un bailarín o el estudiante enfrentado a un examen, van a experimentar un estado de activación y excitabilidad que les permitirá un mejor rendimiento o actuación.

En el caso del hombre –por ser esencialmente un ser de naturaleza social–, los peligros a los que nos enfrentamos no suponen en su mayoría "peligros reales", sino más bien son percibidos por este como amenazantes tanto de su integridad física como psicológica.

Asimismo, la situación de exigencia no solo proviene del medio externo, sino que también puede ser del propio medio interno del sujeto, como queda claro en el caso de los "ataques de pánico", que se disparan muchas veces ante eventos "encubiertos" o "privados", como un propio pensamiento o un estímulo propioceptivo (una sola sensación corporal puede llevar a otras y terminar desencadenando la crisis de pánico).

En suma: ansiedad y estrés son términos afines utilizados para describir una respuesta compleja y normal del organismo que le permite a este adaptarse tanto pasiva como activamente ante los diversos requerimientos del medio. La ansiedad forma parte de los *drives* (motivaciones) fisiológicos como ser el hambre, la sed y el impulso sexual. Por ende no es necesario "curar" la ansiedad, sino hacerla manejable.

La respuesta de ansiedad, un legado filogenético

Cuando percibimos un peligro, habitualmente decimos que aparece el "miedo"; sin embargo, si nos pensamos en relación al parentesco evolutivo con el resto del reino animal, sería más correcto decir que se activa un sistema de alarma que nos mantiene expectantes de lo que está sucediendo o pueda suceder.

Según la complejidad evolutiva del organismo, supondrá niveles más o menos integrados de actividad; si percibimos que disponemos de recursos apropiados para hacer frente a la misma, lucharemos; si no, trataremos de evitarlo, escaparemos de la situación o como última alternativa haremos lo que esté a nuestro alcance para minimizar el daño; algunas veces inclusive tomando posición de "adulación" ante el adversario.

Lo interesante de estas formas de posicionamiento ante la amenaza consiste en ver cuán similares pueden llegar a ser los mecanismos celulares en las reacciones ante estímulos nocivos.

En el reino animal se han investigado ampliamente cuatro modalidades de afrontamiento ante un depredador, que se ajustarán dependiendo de cuál sea el agresor, permitiendo la defensa automática y rápida, sin que necesariamente medien lo que llamamos procesos de pensamiento:

1. La retirada: huida, escape, evitación.
2. La paralización: petrificación, inmovilización.
3. La defensa agresiva: lucha, ataque, amenaza.
4. La desviación de ataques: entrega vigilante.

La retirada

Es una estrategia que ocurre en todo el reino animal, desde los protozoos hasta las personas, pudiendo ser activa o pasiva. Es sorprendente el hecho de que los protozoos (animales de una sola célula o de una colonia de células iguales entre sí), sin llegar a tener un sistema nervioso, muestren dicha defensa ante el peligro. Se dan en ellos, también, otros procesos como la habituación ante una estimulación repetitiva y algunos aprendizajes elementales. Por ejemplo, si se dirige luz hacia el cuerpo de una ameba (protozoo provisto de seudópodos que le sirven para moverse), esta se contrae bruscamente y expulsa la comida a medio ingerir que pudiera tener. Pero, si no logra huir

de la luz, al cabo de algunos momentos de oscilación se habitúa al estímulo y termina por ignorarlo, volviendo a sus acciones usuales.

Otros protozoos presentan conductas más complejas, como la evitación con todo el cuerpo y exploración del entorno mediante cambios de dirección, así como evitación de determinados hábitat (los paramecios evitan las áreas alcalinas o neutrales, lo que aumenta su supervivencia porque expulsan dióxido de carbono creando así un medio ligeramente ácido, que le permite un mayor acceso a su principal alimento: las bacterias).

Respecto de sus parientes más lejanos, los organismos multicelulares, la retirada ante el peligro es normalmente rápida y adopta muchas formas. En los animales sedentarios, la evitación de los estímulos dañinos se da ocultándose en cubiertas o caparazones, basta observar las defensas anatómicas como las espinas de los erizos, así como los caparazones de las tortugas. Otros animales evitan el ataque dejándose caer, por ejemplo las arañas, algunos gusanos y moluscos.

En los animales móviles, al haber desarrollado receptores de distancia y sistemas nerviosos más complejos, las formas de escape ante amenazas son más activas, pudiendo percibir el peligro por adelantado y así evitarlo antes de que se produzca el contacto más directo. El animal se retira mediante la carrera, el salto, la natación, el vuelo o la caída brusca desde el aire. Dichos comportamientos tienden a mantenerse mientras dura la amenaza y si resulta imposible escapar y el miedo es extremo, pueden producirse movimientos en todas direcciones sin coordinación, a lo cual se le llama “estado de pánico”.

Las formas de evitación también pueden ser pasivas. Así, algunos animales evitan los lugares donde han sido previamente dañados. Los faisanes se agrupan en las ramas de los árboles en lugar de permanecer en tierra después de haber sido molestados por predadores terrestres. Las víctimas de violación evitan el lugar del ataque así como señales que lo recuerden.

Es curioso ver cómo ha operado en todos ellos un proceso de aprendizaje, donde la timidez, cautela o cambio de hábitat es el patrón de comportamiento. La presencia de peligros permanentes ha llevado a grupos de animales a seleccionar hábitats más seguros aun a costa de perder oportunidades alimentarias o de apareamiento. Los peces se dirigen por la noche hacia aguas poco profundas para poder alimentarse.

El tipo de respuesta de escape varía con la especie; algunas especies llegan a refugiarse en lugares curiosos, como la boca de sus propios progenitores, como los peces tilapias

africanos. Los cangrejos ermitaños se cobijan en las conchas de los moluscos, otros se guarecen en una madriguera únicamente cuando amenaza el peligro, pudiendo bloquear ellos mismos la salida si este subsiste y creando otra.

En otras especies existe una combinación de escape y disfraz; los saltamontes y algunos pájaros de hábitos terrestres escapan solo hasta una corta distancia y luego permanecen inmóviles y crípticos.

Los humanos se retiran ante la amenaza mediante múltiples y también variadas respuestas, desde la huida abrupta e incontenible hasta la paralización por pánico; desde la cancelación de un evento que se presuponga desagradable hasta la evitación de pensamientos vinculados a "algo peligroso o amenazante".

Por último, muchas huidas siguen cursos erráticos e irregulares tanto en sus movimientos como en otras demostraciones: destellos de sonidos, cambios de color, y tienen por finalidad confundir y dejar perplejo al depredador. Son ejemplo de ello los movimientos proteicos y erráticos de las polillas, la huida en zigzagueo de la perdiz blanca o de la liebre europea, y en ocasiones el hombre también lo realiza.

En conclusión, la evitación, mecanismo de defensa adaptativo para la supervivencia del individuo y compartido por todo el reino animal, no es un proceso necesariamente consciente, ni puramente biológico.

La paralización

Retirarse del peligro no siempre es posible y, a veces, ni siquiera conveniente. Otra forma de defenderse es permanecer quieto. Existen dos formas de inmovilidad: la inmovilidad atentiva, vigilante o también llamada petrificación, y la inmovilidad tónica.

Durante la inmovilidad vigilante, el animal totalmente alerta permanece inmóvil observando la fuente de peligro, listo para escapar si se da la ocasión. Algunas veces puede alternar con la lucha, pudiéndose estar petrificado desde segundos a horas y cesar gradualmente, iniciando el movimiento primeramente de los ojos, luego la cabeza y finalmente el cuerpo entero. Es común identificar este comportamiento en nosotros mismos: ante un peligro agudizamos el oído y permanecemos quietos, muy atentos.

Algunas veces es más provechoso quedarse quieto que salir corriendo, así por ejemplo es el caso del alce americano acosado por lobos, que tiene más probabilidades de sobrevivir que si echa a correr. Otras, la inmovilidad se realiza escondiéndose

sigilosamente en algún sitio. Es una defensa muy común en gacelas, machos cabríos y antílopes. También se la observa frecuentemente en los animales muy jóvenes; estos permanecen gran parte del día escondidos entre la hierba con las orejas gachas y la cabeza cercana al suelo.

Si los animales poseen estructuras propias, luego de meterse en ellas permanecen inmóviles. Así lo hacen la mulita o el tatú grande. El muy conocido por todos como "bichito de la humedad" constituye también un ejemplo similar.

La inmovilidad tónica (insensible) supone el comienzo de un período de prolongada inmovilidad con sensibilidad reducida. Es una reacción de miedo extremo en la que el animal o la persona está "rígido de terror", insensible incluso a la estimulación dolorosa o a cualquier tipo de estimulación. Este comportamiento de paralización absoluta inhibe el ataque de muchos depredadores, los cuales se afanan en matar únicamente las presas que se mueven; en tal sentido se ha observado cómo los halcones desechan la carne muerta. En varias ocasiones, si la presa permanece inmóvil los predadores se limitan solo a examinarla y se distraen, dando oportunidad al escape. El movimiento constituye por cierto un estímulo poderoso en serpientes, roedores y carnívoros. Existe una amplia descripción de este tipo de reacción de miedo, se la ha descrito como "muerte aparente", "encantamiento", "catalepsia", etc. Los japoneses inmovilizan a los cangrejos haciéndolos descansar sobre sus dorsos; los niños inmovilizan a las ranas tumbándolas sobre la espalda y golpeándolas en el estómago; a los pollos puede provocárseles si se los inmoviliza físicamente un breve momento y los luchadores de caimanes también pueden inducirla.

Las generalidades de esta reacción incluyen: apariencia de estar muerto, con flexibilidad cérea en las extremidades (los miembros mantienen la postura rígidamente), hipertonicidad de los músculos esqueléticos, temblores en las extremidades, giros de la cabeza ocasionales y movimientos oculares que pueden perseguir al predador, cierre de ojos intermitente. Los cambios viscerales incluyen dilatación pupilar, disminución de la temperatura corporal, intensa aceleración de la respiración que decae posteriormente hasta llegar a niveles por debajo de los del descanso.

El ritmo cardíaco puede incrementarse al comienzo (taquicardia), para decrecer luego marcadamente (bradicardia). Este es un punto de especial interés en tanto siendo un mecanismo defensivo se produciría en este caso un descenso del ritmo cardíaco.

Los animales raramente mueren durante la reacción, aunque se ha observado que

pueden producirse arritmias cardíacas de origen parasimpático o paros cardíacos durante la semana posterior a una serie de inducciones de inmovilidad en roedores. Algunos animales pueden continuar procesando información, dando muestras de aprendizaje por condicionamiento clásico tras la situación.

En los humanos, se ha descrito esta reacción en algunas situaciones muy particulares. Así por ejemplo, en situación de guerra han muerto soldados de "nefritis de guerra", cuya causa era desconocida y hoy se cree que es debido a fallo renal, probablemente a causa de una vasoconstricción renal prolongada por miedo intenso. En víctimas de violación, cuando estas dejan de luchar y se inmovilizan, se ha documentado en muchas ocasiones la pérdida de la erección.

La defensa agresiva

La defensa agresiva está asociada a otras conductas de miedo, diferenciándose pues del ataque directo como forma de procurar alimento. Aparece cuando el animal está cerca de ser capturado o ya se lo ha atrapado. Es un mecanismo de defensa más probable en los animales jóvenes o si el animal está en período de cría.

Generalmente, ante la presencia de peligro –incluso vislumbrado a la distancia–, los animales adoptan posturas y conductas (dentro de las que se incluye por ejemplo la emisión de sonidos o variados fluidos) con objeto de intimidar, sobresaltar, avisar al grupo o engañar al enemigo. Las posturas amenazantes son frecuentes cuando existe tendencia a atacar y escapar; como ejemplos típicos sobresalen la presencia de ojos falsos y la mirada amenazadora de los primates. Muchas amenazas no son serias, sino más bien falsos engaños; igualmente las habilidades para dañar son pregonadas abiertamente.

Algunas demostraciones de amenaza contienen elementos de ataque y escape a la vez; son ejemplo de ello las posturas de los monos rhesus, así como también las posturas contrarias de amenaza y apaciguamiento de la gaviota de dorso medio oscuro.

El principio darwiniano de la antítesis (primeramente observado en perros), según el cual movimientos contrarios inducen emociones contrarias, se ajusta aquí. Pensémoslo en relación a la ambivalencia en la que deja al agresor; su respuesta comenzará a depender –en parte– de la reacción que adopte su presa. Al crear incertidumbre sobre sus verdaderas intenciones, a menudo consigue mantener su posición sin tener que apelar al ataque ni a defenderse.

En los primates la señal básica facial de la amenaza es la mirada fija y directa. Y cuando la reacción es fuerte se le agrega la subida y bajada de cejas, con parpadeo ocasional, descenso de orejas y gritos. Cuando este se siente amenazado lo primero que hace es evitar el contacto ocular, dando rápidas y breves ojeadas a su enemigo. Muchas especies además sonríen con una mueca de miedo. Tanto la mirada fija como la mueca sonriente pueden causar aversión.

Las legendarias creencias del "mal de ojo" y el "poder de la mirada" no son privativas de cultura alguna, así como el uso de grandes ojos de mirada estática en la magia defensiva. El mirar a la persona a los ojos atrae la atención y puede convertirse en una amenaza si se prolonga.

Durante la defensa agresiva los animales usan cualquier elemento del que dispongan o se procuren; los insectos rasgan, punzan o lanzan secreciones nocivas; los pájaros pican, ensartan, rasgan, despedazan o lanzan el contenido gástrico o cloacal; los mamíferos muerden, desgarran, ensartan con los cuernos, lanzan objetos (monos). Es curioso apreciar el hecho de que muchas estructuras anatómicas se utilizaron primariamente como forma de capturar alimento.

Las demostraciones aposemáticas (demostración clara de la capacidad de herir) a fin de cuentas ayudan al animal a reducir el riesgo de ser herido que supone cualquier lucha. Tenemos, por ejemplo, los avisos acústicos de la cascabel y las demostraciones multimodales de las cobras al silbar, incorporarse y expandir el cuello.

Algunos animales se protegen imitando los aposematismos conductuales de otros animales, pese a no contar ellos con ninguna característica dañina u horrible; así el escarabajo imita el porte del escarabajo bombardero, que dispara un fluido junto a un ruido violento que deja cegada a la víctima; o el comportamiento de algunas serpientes inofensivas que imitan el movimiento de las venenosas (imitación "batesiana", en honor a Henry Bates, naturalista inglés que lo describiera en el siglo XIX).

También se da la mimesis mulleriana (por Fritz Muller, zoólogo alemán de finales del siglo XIX); es decir, la imitación de lo peligroso por otros animales peligrosos, como por ejemplo el uso del siseo en 30 especies de serpientes de cascabel que pertenecen a dos géneros distintos.

Los animales también aprenden, pudiendo por tanto incorporar comportamientos que les sirvan para defenderse al ver la eficacia que puede tener en otros animales.

La desviación de los ataques

Como última defensa ante el peligro es bastante común el intento de desviar el ataque dirigiéndolo hacia otros objetos o hacia partes menos vulnerables de su propio cuerpo, así como también anteponerse en defensa de sus crías.

La jibia puede desviar a un agresor expulsando una nube de tinta viscosa y de difusión lenta, lo que le da tiempo para huir nadando.

Es común que las aves progenitoras se alejen de sus nidos si se les acerca una persona o cualquier animal terrícola, buscando de esta forma captar su atención; realizan movimientos elaborados como dejarse caer de un ala simulando estar heridas, o quedándose muy quietas como muertas; todo ello con la finalidad de desviar el ataque a sus crías, para finalmente volar rápido cuando se le acerca el posible depredador.

Un ejemplo curioso en defensa de la especie nos lo aportan los canguros; las madres canguros cobijan a sus crías en la bolsa abriendo la misma para que estas se introduzcan; pero se ha visto que si la situación es muy comprometida, si tienen otra cría más pequeña o en gestación, si no consiguen deshacerse del depredador, pueden llegar a sacrificar a una de ellas.

Otra de las formas es el apaciguamiento, conducta que consiste en adoptar posturas sumisas ante el animal ubicado en un rango jerárquico superior en el grupo; dicha conducta sería la antítesis de la conducta de amenaza y puede albergar repertorios de conducta sexual o infantil. Esta conducta la vemos muy habitualmente en humanos también.

En el hombre es sumamente común la desviación de los ataques: ante la exposición a un posible golpe tendemos a anteponer la mano o el brazo. También usamos lo que esté a nuestro alcance para protegernos o nos anteponemos al agresor en defensa de los niños. Más sutilmente, cambiamos el tema de conversación si este se pone violento, haciendo un chiste o persuadiendo.

La conducta de sumisión es bastante habitual también y puede tomar muchas formas, desde dar una dádiva para comprar una benevolencia hasta ser humillados a costa de nuestra autoestima. Muchas veces cumplen la función de mitigar la ira o el enojo del adversario. Los sacrificios y plegarias religiosos son a veces también intentos de aplacar los castigos divinos o desgracias.

El apaciguamiento es útil sobre todo ante conespecíficos y cuando resulta imposible escapar, y falla a menudo ante otras especies o ante la detención del ataque del

conespecífico. Es una defensa muy ligada al miedo y, una vez la jerarquía de dominancia se ha fijado, tienden a disminuir las luchas; los animales de menor nivel jerárquico las evitan con dichas conductas.

Los animales aprenden conductas convenientes que transmiten a su especie o a otras distintas; de esta forma integran dichas conductas al repertorio de su respuesta biológicamente determinada.

Desarrollo histórico de los términos ansiedad y estrés

Habitualmente tiende a hablarse de estrés al tratarse de una exigencia real del medio, mientras que si los cambios psicofisiológicos se producen ante la anticipación de una amenaza que en sí misma no sería peligrosa se acostumbra a hablar de ansiedad.

Hoy día, muchos de los estresores provienen del modo de vida y en sí mismos no constituyen un peligro real, sino más bien percibido. Sin embargo, en el acontecer psicológico, la diferencia entre "lo real" y "lo percibido" se desdibuja y pierde sentido.

Otro elemento que suele usarse para diferenciar "estrés" de "ansiedad" hace referencia a la cronicidad de la respuesta. Se tiende a suponer que en el estrés la respuesta sería prolongada en el tiempo, mientras en la ansiedad se la piensa en forma más concreta. Esto proviene seguramente de la tendencia histórica de asociar estrés a enfermedad, y ansiedad a una respuesta puntual como señal de alarma. No obstante esto no es así, basta recordar los variados trastornos de ansiedad que se prolongan por años; o por el contrario, las situaciones puntuales en que nos sentimos estresados, y no enfermamos.

Qué papel juega el estrés

Como hemos visto, si en algo se ha estado de acuerdo respecto al estrés es en presuponer que se trata de algo malo, para quienes lo ven ya sea como sinónimo de sobresalto, exponente de tensión o equivalente a malestar. De una u otra forma, los profesionales de la salud hemos caído en tal ambigüedad e indefinición –impropia de los rigores de la ciencia– que colaboramos para que así resulte. El estrés termina siendo un concepto más filosófico que científico, al implicar juicios de valor en relación a determinados cánones culturales.

Por antítesis, la salud se parecería más a un estado tan estable, tranquilo y monótono que podría confundírselo perfectamente con aburrimiento y escasez de productividad. Todo ello, en parte, es debido a lo limitada y problemática que resulta la experimentación de laboratorio en sujetos normales; siendo más asequible el estudio con poblaciones "ya afectadas".

Por ambas razones, se justifica que la investigación sobre el estrés se haya centrado en estudios con animales; lo cual teniendo en cuenta la demostrada evolución filogenética de los organismos, no implica una extrapolación reduccionista sino la intención seria de demostrar cómo los organismos subsuman funciones de sistemas biológicos jerárquicamente inferiores.

Las fuentes de confusión son variadas: si el acento recae en el evento o situación que dispara los cambios y su presunta connotación negativa, se apreciará al estrés como estímulo; si el problema está en la sobreactivación lo veremos como respuesta; si el problema del estrés lo supone la cronicidad de la respuesta o estaría más vinculado a la dificultad del individuo para volver a sus valores basales; a todo ello se agrega cuál sería exactamente, en tales casos, su vinculación con la enfermedad (por qué algunas personas se afectan psicológica y otras físicamente).

Intentando clarificar todas estas cuestiones es que vamos brevemente de rastrear la evolución conceptual que ha sufrido dicho término, desde su inclusión en el campo de la salud hasta nuestros días.

Originariamente el vocablo estrés proviene del término *distress,* que en inglés significa pena o aflicción; con el uso frecuente ha perdido el sonido de la primera sílaba. Dicho término proviene de la física, y hace alusión a la fuerza de tracción o tensión a la que está sometido un cuerpo, tras lo cual acaba produciendo la destrucción del mismo al superar una determinada magnitud.

Un símil que se utilizó a nivel orgánico sería el estado del cuerpo sometido a la acción de fuerzas opuestas.

El uso más claro del término fue utilizando ya en el siglo XVIII por el físico Robert Hooke en un trabajo que concebía al estrés como una relación entre la carga externa ejercida sobre un objeto y la deformación experimentada del mismo, dependiendo el resultado de las propiedades estructurales del objeto y de las características de la fuerza externa. Lo interesantísimo de este planteo es el apunte sobre lo interactivo del concepto de estrés, como veremos más adelante. Pero veamos más detenidamente cómo ha sido

su extrapolación a las ciencias de la salud.

Un primer modelo parte de considerar al estrés como estímulo, el cual provoca una ruptura del equilibrio interno. El término estrés fue incorporado metafóricamente al ámbito de la salud en 1920 por el fisiólogo Walter Cannon, quien estudiando los procesos digestivos en animales observó el hecho de que los movimientos viscerales se interrumpían como resultado de las alteraciones emocionales de los animales; motivo por el cual comienza a investigar el sistema nervioso simpático en forma global. Esto lo condujo a descubrir accidentalmente la influencia de factores emocionales en la secreción de adrenalina.

Se partía entonces de un concepto de salud como equilibrio de fuerzas dentro del organismo; el cuerpo era visto como un sistema encargado de mantener dicha homeostasis, mediante mecanismos de *feedback* (Cannon, 1932), del mismo modo que el termostato mantiene estable la temperatura del agua. Cannon denominó homeostasis al conjunto coordinado de procesos fisiológicos encargados de mantener esa constancia, regulando las influencias del medio externo y las respuestas correspondientes del organismo. Siendo que, en condiciones de estrés por excitación, dolor, hipoglucemia o asfixia, dicho equilibrio se veía temporalmente afectado.

Es este un modelo inviable, porque una visión así implica estabilidad e imposibilidad de transformación, y por lo tanto, de crecimiento.

Así fue como se entendió al estrés como reacción de alarma vehiculizada a través de la actividad simpático-adrenal, y se supuso una relación causal entre ruptura homeostática y enfermedad. Este modelo inicial asocia estrés con sobrecarga.

Síndrome General de Adaptación (GAS)

Un segundo modelo de desarrollo conceptual toma al estrés como respuesta, en un sentido tanto adaptativo como pasivo. Desde este modelo se hace referencia a una concepción del estrés en escalada, pasando por diferentes fases; tras lo cual, la última de ellas desembocaría en la enfermedad.

En la década de los años 30, Hans Selye, médico canadiense dedicado al campo de la endocrinología, comprobó lo que sucedía en las ratas de laboratorio al ser sometidas a una condición de estrés por la propia manipulación experimental: terminaban desarrollando múltiples alteraciones fisiológicas, tales como úlceras pépticas, incremento

de las glándulas suprarrenales, atrofia de los tejidos del sistema inmunitario, etcétera. (Hans Selye, 1936, 1956).

Selye pasó así a describir en subetapas los cambios que atraviesa un organismo al enfrentarse a una situación estresante, llamando a esto Síndrome General de Adaptación (GAS), donde proponía que la secuencia de respuestas decidía si el organismo se sobreponía o no a la adversidad. El estrés pasó a ser entendido entonces como una respuesta específica en sus manifestaciones pero inespecífica en su causación, ya que cualquier estímulo (interno o externo) podía promoverlo.

De todas formas, logró popularizar el concepto de estrés, no solo al cambiar el foco de atención del estímulo a la respuesta, sino especialmente por el vínculo que queda definido entre los conceptos de salud y enfermedad.

Un agregado final: cuando él publicó su famosa tesis en la revista *Science* sobre el *stress,* patentizó dicho nombre debido a un error en la pronunciación de la palabra *strain,* término utilizado por sus amigos de piso (estudiantes de ingeniería) para definir el proceso de fatiga que sufren los materiales con el tiempo; lo cual él veía que sucedía también en su estudio con ratones y posiblemente ocurriera con todos los seres vivos.

Etapas del GAS

1. Reacción de alarma. Ocurre en el primer momento cuando nos enfrentamos al evento estresante, cumpliendo una función adaptativa ante la situación de demanda, lo cual provoca un aumento de la reactividad a causa de la hiperactivación autonómica que se produce, implicando manifestaciones fisiológicas y comportamentales.
2. Fase de resistencia. Se presentaría si la situación de demanda continuase; el organismo sigue adaptándose y mantiene la sobreactivación necesaria que la situación requiera.
3. Fase de agotamiento o claudicación. De seguir aún más la situación estresante o no poder abordarla eficazmente, empiezan a aparecer fallas o daños en el funcionamiento del sistema biológico: alteraciones somáticas de tipo cardiovascular, gastrointestinal, etc. Recién en este nivel es que se podría hablar de la aparición de enfermedades asociadas al estrés, en tanto el organismo se activa repetidamente por un período prolongado de tiempo agotando los recursos físicos, o sea debido

también a que el organismo no se desactive cuando dichas situaciones hayan cesado.

Cabe tener en cuenta que en el GAS hablamos de una respuesta pasiva y restauradora de la homeostasis, en el sentido que supondría un automatismo biológico en el que no siempre es necesaria la participación (acción) del sujeto.

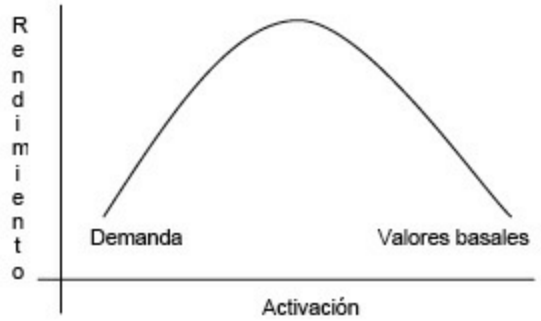
La salud, un sistema integrado

Versiones más actuales hacen hincapié en la concepción del organismo como un sistema integrado, en constante interacción entre diversos elementos –ambientales, psicológicos y los subsistemas biológicos–. Dichos modelos confluyen en la crítica hacia una visión homeostática del organismo, no desechando sin embargo la idea de sobrecarga (o sobreactivación) ni la de adaptación (o respuesta restauradora).

Asimismo, hay diferencias individuales tanto en los umbrales de activación como en la capacidad de recuperación basal. De hecho hay pruebas de que la mayoría de las funciones biológicas son representables en curvas de máximos y mínimos (ley de Yerkes-Dodson, 1908).

La curva de la función humana. Ansiedad adaptativa vs. desadaptativa

La ley de *Yerkes-Dodson* establece que determinado nivel de estímulos mejora el rendimiento. Las tensiones son vistas como fuerzas positivas y motivadoras a las cuales todos estamos expuestos; el ajuste que hace nuestro organismo optimiza el rendimiento, lo cual puede graficarse en una curva de "U" invertida; a medida que asciende la curva, mayor es la activación y mayor el rendimiento o performance, llegando un punto máximo luego del cual es esperable volver a los valores basales. Si el organismo continúa en un estado de activación la performance se verá afectada, manifestando deterioros en su rendimiento. Por tanto es esperable que bajen sus niveles de activación una vez resuelta la situación.



Posteriormente, Ursin (1978) –retomando el tema– vuelve a insistir en que el estrés implica una sobreactivación biológica promovida por la acción del sistema reticular; la hiperfunción de este se debe al bombardeo tanto de estímulos internos como externos que inciden sobre él, siendo así que sobreactivación y sobreestimulación supondrían términos afines.

Se sabe que el sistema reticular mantiene relaciones funcionales con los lóbulos cerebrales, en particular con el lóbulo frontal –que evalúa, planifica y regula las estrategias conductuales (este sería el enlace con los denominados procesos cognitivos, las evaluaciones de los propios recursos y el establecimiento de planes para la acción)–, a la vez que mantiene el control sobre un gran número de variables biológicas.

La duda que queda abierta es si la hiperfunción del sistema reticular refleja el estado de alerta del organismo para afrontar la situación (activación "tónica") o es un exponente de su fracaso adaptativo (activación "fásica", es decir, sobreestimulación del estado tónico; Ursin, 1979).

Es interesante el ejemplo que nos trae Ursin y colaboradores (1978) acerca de los paracaidistas, para ver de qué manera se alteran y también se equilibran posteriormente los parámetros biológicos a través de la práctica, sin suponer una amenaza para el sujeto. En la medida que van saltando al vacío progresivamente, van disminuyendo sus niveles plasmáticos de cortisol, de hormona del crecimiento, de glucosa, de ácidos grasos libres y los niveles urinarios de catecolaminas. Sin embargo, tanto la frecuencia cardíaca como los niveles de adrenalina no se modifican, lo que hace suponer una activación necesaria para afrontar exitosamente la situación.

Así planteadas las cosas, conviene recurrir al registro de variables pertenecientes a distintos subsistemas adaptativos, niveles biológicos y psicológicos. Esta idea de integrar variables para establecer covariaciones funcionales está presente en el trabajo de Nixon sobre la curva de la función humana (Nixon, 1982). En el mismo se intenta representar

las relaciones entre activación biológica y la capacidad de adaptación *(coping)*, siguiendo la ley de Yerkes-Dodson.

Hemos visto ya cómo los rendimientos biológicos se optimizan a medida que la activación crece, hasta llegar a un punto en que el rendimiento comportamental resulta excesivo y/o la activación es desmesurada, situando al organismo al borde del fracaso adaptativo.

En su trabajo, Nixon plantea que es calculable un punto (P) que representa un estado biológico en el que cualquier estimulación accesoria puede provocar disfunciones y, en consecuencia, enfermedades. Así es como se intenta establecer alguna frontera entre la activación (tensión) saludable y la estimulación patógena que, de acuerdo con lo expuesto, no tendría por qué ser excesiva en sí misma. De hecho, cuando el organismo claudica en sus intentos de adaptación, cualquier estímulo o cualquier intento de rendimiento biológico (esfuerzo) pueden equivaler a una sobreestimulación.

En los organismos, las diferencias individuales pueden llegar a ser muy notables; las personas no solo parten de estados de activación desigual sino que también presentan reactividades distintas, siendo capaces de un esfuerzo variable y afrontando el entorno de modo distinto (con cogniciones, habilidades y conductas muy personales e idiosincráticas).

Se ha descrito, inclusive, que desde el punto óptimo de rendimiento/activación hasta el punto (P) de fracaso adaptativo hay un período de tiempo aparentemente constante para todos los individuos estimable entre un año y medio y dos años: “La persona tiene tendencia a estar irritable, ansiosa e insomne, se retrae socialmente, pierde peso como consecuencia de la perturbación de sus hábitos alimenticios, cambia de humor y es incapaz de un esfuerzo físico o mental, o lo realiza al precio de sufrir síntomas somáticos o cansancio excesivo”.

Algunos autores hablan inclusive de distintos niveles de arousal o activación; uno general (actividad inespecífica de la actividad nerviosa) y otros específicos de determinadas situaciones o emociones (por ejemplo el arousal sexual). También se han estudiado las relaciones entre personalidades de estilo más introvertido o extrovertido y dos tipos de arousal, el autonómico y el cortical.

Por lo tanto, existiría una relación proporcional entre ciertos niveles de ansiedad y la performance o rendimiento, es decir, el logro o desarrollo y resolución de una tarea o función requerirá ciertos mínimos o máximos de ansiedad o activación. Así, por ejemplo,

para dar un examen un estudiante necesitará ciertos niveles óptimos de ansiedad para aumentar su capacidad intelectual y rendir eficazmente (capacidad de concentración y razonamiento, hablar con otros lo pertinente, aprender, organizarse, resolver y valorar lo adecuado). El mismo proceso ocurre a nivel de comportamientos psicomotores, como por ejemplo conducir un auto, tocar un instrumento o realizar un trabajo con precisión.

A partir de ese nivel óptimo, mínimos aumentos de la ansiedad podrán interferir con su performance; y si esta aumentara aun más el estudiante puede incluso llegar a quedar con "la mente en blanco" o "permanecer bloqueado". Por ende, ante cualquier exigencia es productivo y hasta provechoso cierto nivel de ansiedad –o estrés–, ya que se optimiza la respuesta; siendo asimismo esperable que descienda una vez que desaparezca la demanda. Si esta continúa una vez que la situación de demanda ha cesado, o es excesiva para con el estímulo que la dispara, entonces estaremos hablando de ansiedad desadaptativa y por ende hay riesgo para la salud psicofísica.

Cuando la ansiedad es desadaptativa o "patológica", actúa siempre interfiriendo performances. Y si se transforma en una respuesta crónica, es decir, durable en el tiempo, se posibilitan dos cosas: a nivel orgánico, el inicio de diversas disfunciones asociadas a estrés, y a nivel psicológico pueden desencadenarse diversos trastornos psicológicos, como depresión, fobias, crisis de pánico, abuso de drogas, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.

Es sensato, pues, pensar que la sobreestimulación fuerza parámetros biológicos, conllevando a una probable disfunción del sistema. Por otra parte, el estado natural del organismo no es el de hiperfunción, de modo que los parámetros biológicos han de volver a su valor basal después de altos rendimientos funcionales.

Una línea de investigación psicológica muy interesante fue la que surgió a partir de las formulaciones del profesor Martin Seligman de la Universidad de Pensilvania, la cual refiere a la participación de "variables intrapsíquicas" en la determinación de la conducta. Es decir, la apreciación que hace un organismo acerca de sus posibilidades de controlar el medio con su propia conducta. La cual se altera de peculiar manera cuando se da un fracaso adaptativo. Esto dio lugar al modelo teórico de la "Indefensión aprendida" (Seligman, 1975). Cuando la persona no ha sido reforzada contingentemente, al no recibir la consecuencia esperada a su "conducta de esfuerzo", deja de mantener esta y es como si se entregara. Tal cual se estuviera diciendo –percibiendo–: "Haga lo que haga, las cosas no cambiarán".

Dicho antecedente en los estilos de aprendizaje tempranos pueden coadyuvar a un patrón de comportamiento ineficiente al momento de vérselas de adultos con distintos estresores, pues el sujeto no ha entrenado los recursos psicológicos –en este caso– suficientes como para hacer frente a la demanda o, bien, ni siquiera lo intenta.

Lo curioso del tema es que este mismo investigador, treinta años más tarde comenzara a preguntarse muy seriamente por qué razón algunos organismos no se dan por vencidos. Qué es lo que tienen de particular que los diferencia de la mayoría, para que pese a no ser reforzados contingentemente, mantengan igualmente su comportamiento.

Hoy día estos postulados han dado lugar al nacimiento de la llamada Psicología Positiva, basando su aporte a la psicología en el concepto de "fortaleza" como pilar psicológico del cambio. Cuando una persona se apoya en sus fortalezas más que en sus debilidades, nada la detiene.

Otras líneas de pensamiento dieron lugar progresivamente a los enfoques cognitivos sobre el estrés; uno de los más elaborados lo constituye el de Arnold Lazarus (1966). Este autor hace una delimitación entre dos tipos de percepciones: una primaria de la situación potencial de amenaza *(primary appraisal),* y un segundo tipo de evaluación *(secondary appraisal)*. La primera percepción tiene que ver con una evaluación idiosincrática por la cual los sujetos se sentirían amenazados. La segunda evaluaría los recursos u opciones disponibles para responder al estímulo o la amenaza. Para Lazarus, la convicción o desconfianza respecto a los propios recursos determinará, también en forma desigual, las diversas estrategias de afrontamiento para adaptarse en el sentido de atenuar la sobreestimulación.

Concepto balanza

Así, pues, hay quienes usan esta analogía coloquialmente, situando el concepto de estrés como un equilibrio entre la percepción de amenaza y los recursos de que se dispone. Siendo así, la respuesta de estrés no estaría ni en uno ni en otro lado de la "balanza", sino más bien en la conjunción o equilibrio entre el evento que puede adquirir características de estresor y el sujeto que le hace frente; en un sentido adaptativo, obviamente.

Si bien no hay evidencia de esta separación entre ambas percepciones, y habiéndose

demostrado ya que el individuo responde más rápidamente de lo que piensa y no de un modo completamente racional, resulta, sin embargo, un concepto muy gráfico y útil al momento de comprender en qué punto se produciría un desajuste de la respuesta de estrés/ansiedad.

Los modelos teóricos más conductuales, conocidos masivamente como Modelos del Aprendizaje, parten de la explicación del comportamiento humano en tanto interacción permanente organismo-entorno, aportando de esta forma la clave para comprender la especificidad de la conducta adoptada. Siendo los procesos de aprendizaje algo que ocurre más allá de la voluntad del individuo y de ser consciente o no de ello, no hay una autonomía de las "cogniciones" como tales (pensamientos, juicios, imágenes, creencias, etc.), es decir, vamos elaborando nuestros juicios indisolublemente unidos a lo que vamos viviendo y no independientemente de ello.

Digamos entonces, simplemente, que la persona percibe o se da cuenta, desarrolla, en el transcurso de sus experiencias, destrezas, habilidades, competencias, de las que no es consciente completamente. De tal forma que las respuestas más aptas ante un estresor serán por sobre todas las cosas repetidas y "perfeccionadas", de forma similar al proceso de selección natural darwiniano.

Otros ajustes de la respuesta de estrés son explicados gracias a los postulados pavlovianos (fisiólogo Iván Petróvich Pavlov, 1923), que muestran claramente cómo a través del proceso de habituación, las respuestas del organismo ante el estrés bajan la intensidad de la activación fisiológica, dejando al sujeto menos receptivo al estímulo.

Una última forma básica de aprendizaje estudiada se basa en el aprendizaje a través de la observación de "otros" que ofician de modelos eficientes ante el estresor en este caso (aprendizaje por modelado o aprendizaje imitativo). Dicho modelo explica muy bien cómo es que se produce la incorporación de repertorios comportamentales nuevos a partir de la observación. Recuerden que los animales también aprenden imitando a otros animales.

Los modelos de aprendizaje, si bien se han estudiado en forma aislada para poder ser explicados, actúan en forma integrada, y no hacen del organismo un sujeto completamente pasivo, sino en permanente cambio y ajuste a su realidad. Por tanto, estamos hablando de una adaptación activa.

En suma, puede aceptarse que el estrés tiene lugar cuando una estimulación (cognición y/o percepción amenazadora o evento real) incrementa la activación de un organismo

más rápidamente que su capacidad de adaptación para atenuarla.

El estrés se situaría entre la sobreestimulación (sobrecarga) y la acción atenuadora (o restauradora) del organismo, que implica una estrategia adaptativa y no una simple evitación ni defensa, puesto que la estimulación no es nociva en sí misma. Además, el sujeto puede intervenir para adaptarse, motivo por el cual el término adaptación viene siendo sustituido gradualmente por el de "estrategia de afrontamiento" *(coping strategy),* en base al hecho de que el organismo se adapta a través de cuatro ejes:

- Fisiológico.
- Neuroendocrino.
- Inmunológico.
- Conductual o psicológico.

Es por estas razones que los modelos actuales en salud parten de la confluencia y no la sumatoria en escalada, de los distintos sistemas biológicos actuando integradamente. En la actualidad existe una nueva especialidad denominada psiconeuroinmunoendocrinología (PNIE). Esta nueva disciplina implica la integración del nivel psicológico, del sistema neurológico, del sistema inmunológico y del sistema endocrino.

Se cambia así radicalmente el concepto de salud; de aquel modelo inicial de salud que la conceptualizaba como un estado en equilibrio estable, donde el organismo se enfermaba si era "atacado" por un agente externo provocando así un desequilibrio (traslado de la "metáfora militar" al campo de la salud), a la combinación de variables donde se puede o no dar lugar a la enfermedad.

En tal sentido, un cambio radical al concepto de salud fue el descubrimiento de que en el interior de nuestro propio cuerpo han de existir bacterias, y sin embargo no vivimos enfermos. Así, para que aparezca la enfermedad tiene que afectarse el sistema inmunológico por ejemplo, y este a su vez también está sujeto a los hábitos de cuidado de la persona (nivel psicológico).

Hoy, más que hablar de entidades homogéneas, pensaríamos los términos salud-enfermedad como un *continuum*.

Yendo más lejos aún, desde el conductismo, una de sus disciplinas –denominada Medicina Conductual (los modelos del aprendizaje al servicio de la explicación y tratamiento conjunto con la medicina sobre diversas afecciones orgánicas)– ha llegado a

postular cómo "condiciones externas pueden llegar a condicionar inclusive variables internas"; algo completamente innovador y desafiante para los avatares de las ciencias de la salud.

Las llamadas enfermedades "autoinmunes" constituyen un ejemplo de ello; existen líneas de investigación conductual que ponen de manifiesto un hecho sorprendente para la ciencia, como lo es el condicionamiento de la función inmunitaria (inmunosupresión condicionada e inmunofacilitación condicionada).

Por último, no quisiera dejar de mencionar al célebre investigador alemán Eysenck (1970). En lo que respecta al tema del estrés, varias investigaciones lo llevan a definir una serie de cambios fisiológicos y psicológicos ante una demanda que pone en funcionamiento todos los sistemas del organismo. Así por ejemplo, es particularmente significativo su estudio sobre la relación entre estrés, consumo de tabaco y cáncer, concluyendo que no es debido exactamente al consumo de tabaco que se contrae el cáncer, sino que este se da en un 80% de casos cuando actúan simultáneamente cuatro factores: consumo de tabaco, niveles de estrés desadaptativos, hábitos alimentarios deficientes y ausencia de ejercicio físico.

Agregando que –dato significativo– de no estar el estrés presente su prevalencia queda reducida a un 50%.

El estrés no causa una enfermedad, sí es un factor más –entre otros– que ayuda a desencadenarla.

Aspectos psicológicos del estrés

¿Qué hace a un acontecimiento estresante?

Un acontecimiento estresante o estresor puede llegar a ser cualquier evento interno o situación. Siendo este definido en función de los siguientes elementos:

- Impredecibilidad.
- Incontrolabilidad.
- Falta de apoyo social.
- Tipo, durabilidad y simultaneidad de acontecimientos estresantes.

- Carencia de recursos personales de afrontamiento.

Impredecibilidad de los acontecimientos

Stewart y Winser (1942) realizaron una pionera e interesante observación tras verificar que las personas afectadas durante un período relativamente prolongado por bombardeos nocturnos casi continuos y sistemáticos, padecidos en Londres durante la Segunda Guerra Mundial, presentaban menores signos de estrés que aquellos ciudadanos que residían en las afueras de la ciudad, donde los ataques eran más esporádicos y poco predecibles, constatándose en estos últimos un notable incremento de úlceras de estómago.

El factor "impredecibilidad" ha sido objeto de estudio también en los animales.

Martin Seligman constató un resultado sorprendente al investigar a ratas hambrientas sometidas a dos tipos de condiciones experimentales. A un grupo se les presentaba una señal que no constituía aviso de nada, es decir, no servía para predecir el momento en que, tras apretar una palanca, obtendrían alimento. Para el otro grupo la misma señal oficiaba de anticipo para apretar la palanca y así obtener comida. Como resultado, el primer grupo acabó desarrollando masivamente úlceras de estómago; el segundo grupo, por el contrario, aprendió a apretar la palanca para obtener comida.

Esta investigación arroja luz acerca de los efectos negativos producidos no estrictamente como consecuencia del estresor (la apetencia de comida en animales hambrientos), sino de la ausencia de un elemento que oficie de señal de seguridad para la conducta buscada.

En el hombre se ha constatado reiteradamente este fenómeno. Ante catástrofes naturales, terremotos, huracanes, por ejemplo, tendemos a manifestar menor grado de afectación cuando disponemos de una señal de seguridad, que al quedar expuestos a un estado de incertidumbre total.

Incluso hay estudios que avalan que, siendo mayor el número de sucesos estresantes al que podría estar sujeto un individuo, al ser estos predecibles padecerán de menor índice de enfermedades asociadas al estrés que aquellos que son sometidos a menor tasa de agentes estresantes pero más impredecibles.

Incontrolabilidad de los acontecimientos

Asociado a lo anterior, se ha comprobado asimismo que en la medida que un evento es medianamente predecible, aumentarán las tentativas por *controlarlo*. El hecho de *poder tener control* sobre el mismo o *creer tenerlo* hace que la respuesta subjetiva sea menos perturbadora y la reacción fisiológica menos intensa.

Eventos negativos como el ruido, por ejemplo, ciertas inclemencias del tiempo, la restricción física, etc., pueden ser mejor tolerados, bajando incluso la percepción de su intensidad, cuando contamos con la posibilidad de operar sobre ellos (Glass y Singer, 1972). En la misma línea, Lundberg y Frankenhaeuser (1976) demostraron a través de experimentar con el ruido molesto, que al saber que uno posee el control sobre el mismo disminuyen los niveles de adrenalina y noradrenalina en sangre.

Falta de apoyo social

Nos referimos aquí a los vínculos afectivos cercanos, con los cuales se puede contar para recibir ayuda o compartir simplemente los acontecimientos difíciles por los que pasamos.

Se ha investigado, tanto en humanos como en algunos animales, la incidencia positiva de esta variable, constatándose que la contención social amortigua los efectos psicofisiológicos de la respuesta de estrés. Así, por ejemplo, resultados de diversos estudios con primates pusieron de manifiesto que la magnitud de los efectos fisiológicos de la estimulación aversiva entre primates depende de si es realizada en un medio desconocido o si es realizada en presencia de otros primates conocidos.

Cabe la mención de un estudio realizado por Greene et al. (1970) que puso de manifiesto cómo un breve contacto social puede bastar para disminuir las respuestas de estrés. Personas expuestas a un cateterismo cardíaco y que expresaban sus temores al médico presentaron menores niveles de glucocorticoides que aquellas otras que mostraban una actitud más estoica.

Datos epidemiológicos relacionan las variables sexo y estado civil con la morbi-mortalidad causada por distintas enfermedades asociadas al estrés. Se concluye que tanto hombres como mujeres (sobre todo los hombres) que estén en condición de solteros, y en mayor grado los divorciados, presentan mayor riesgo de desarrollar problemas de salud que las personas casadas.

En el caso de infarto de miocardio y en el de suicidio la relación llega a ser casi de dos

a uno (sobre todo en los hombres) de los solteros y divorciados respecto de los casados; descendiendo un poco esta diferencia en relación al cáncer y la úlcera (Chichester, John Wiley and Sons. Adaptado por Fisher, 1989).

Ahora bien, estrictamente hablando, de este estudio no se desprende que los matrimonios en sí mismos aporten fehacientemente apoyo y contención, sino más bien que la condición de vivir acompañados, de alguna manera –que no se señala muy específicamente en el estudio– ejercería una influencia positiva respecto de la variable estrés.

Acontecimientos vitales estresantes

Como bien se especifica en el título, una situación cobra el carácter de estresante no solo por el tipo de acontecimiento y el impacto subjetivo que este tenga en la persona, sino también por lo que se mantenga en el tiempo y/o la simultaneidad con otros estresores.

En el intento de estudiar de un modo científico los estresores, y en tanto estos pudieran ser controlables experimentalmente, se comenzó estudiando eventos intrínsecamente negativos, como por ejemplo el shock eléctrico, el ruido, la inmersión en agua, etc., aplicados a animales. Esto de por sí afectó los resultados de la respuesta de estrés; al apartarlos de su ambiente natural, se creaba forzosamente una percepción amenazadora.

Respecto del estudio con humanos, se partió de una concepción que asocia estrés a enfermedad, tomándose a los denominados acontecimientos vitales estresantes como punto de partida para calcular el riesgo de contraer alguna enfermedad.

Básicamente los estudios se han centrado en tres grupos de eventos:

- Estímulos del área psicosocial: conflictiva familiar, hábitat, desempleo, excesiva responsabilidad, etc.
- Estímulos físicos del medio: nivel de ruido, condiciones climáticas, contaminación ambiental, etc.
- Situación de agresión psicofísica: intervención quirúrgica, traumatismos, etc.

Holmes y Rahe (1967), basados en Dohrenwend y Dohrenwend (1974), fueron

pioneros en comprobar de modo empírico la relación entre evento estresante y desarrollo de la enfermedad física. En la Escala de Ajuste Social de Holmes y Rahe (SRRS), sobre la que se confeccionó posteriormente la Escala de Acontecimientos Recientes (*Schedule of Recient Experiences* [SRE], Holmes y Rahe, 1967), se evaluó la respuesta subjetiva que daban los entrevistados en un parámetro subjetivo llamado "unidades de cambio de vida" (UCV), cuyo objetivo es intentar predecir cuán probable podría ser enfermarse.

No obstante, se ha cuestionado su alcance predictivo por tratarse de hechos de repercusión muy subjetiva sumamente desiguales en su apreciación. Así, por ejemplo, se tomó como valor promedio de referencia el matrimonio, en tanto este exige readaptaciones notables tanto en la esfera íntima como socioeconómica, etcétera. No obstante, el valor traumático dependerá en última instancia de la traducción subjetiva: así como para algunos puede suponer una panacea, para otros supondrá la experiencia más conflictiva y caótica. Todo esto hace también que según las características del matrimonio, cambie la connotación de un divorcio; en algunos casos, como una liberación de tensiones.

No obstante estas disquisiciones, es útil su uso para sondear la presencia de diversos acontecimientos vitales previos al desarrollo del trastorno.

Ya en la década de los años 80 se comenzó a focalizar el interés en los llamados microtraumas o contrariedades cotidianas, por considerárselos más importantes que los acontecimientos vitales estresantes, debido a su capacidad no solo de provocar emociones desagradables, sino de generar efectos nocivos más inmediatos. (Inventario de estrés cotidiano –SDI– de Brantley, Waggoner et al., 1987).

Pero no olvidemos que el valor como estresor dependerá en última instancia de la valoración subjetiva; por tanto, algunos *estímulos* o situaciones son claramente estresantes para algunos individuos y no para otros.

Carencia de recursos personales de afrontamiento

La mayoría de las veces resulta difícil distinguir entre los efectos de los acontecimientos estresantes y la tensión crónica, puesto que los primeros pueden ser antesala de los segundos, y viceversa.

En ambos casos, el potencial estresante estará determinado por las experiencias previas, es decir por aprendizajes, habilidades o entrenamientos, adquiridos incluso a

edades muy tempranas, que pueden amortiguar los efectos del estrés o incrementarlo. El sello personal es lo que hace que se lo considere mejor como una experiencia que como un hecho objetivamente nocivo.

Sabido es que todo entrenamiento implica una atenuación de los parámetros biológicos; como bien lo demostrara la metodología pavloviana a través de procesos pasivos como la habituación, o ya sea debido a procesos activos, como lo supone la adquisición de habilidades fruto de la experiencia.

El hecho de que un suceso pueda ser estresante no significa que lo sea para cualquier persona. Importarán mucho los recursos personales, así como el momento vital particular en que se encuentre. Entre los recursos personales más destacados se incluye una serie de habilidades o destrezas psicológicas específicas que podríamos englobar en los siguientes ítems:

- Resolución de problemas.
- Habilidades comunicacionales: la capacidad de autoafirmarse en los diferentes ámbitos de comunicación: laboral, familiar, afectivo, social, etcétera; así como habilidades más específicas en tanto asertividad afirmativa y asertividad de oposición.
- Capacidad para poner límites a otros y a uno mismo.
- Capacidad de flexibilización de los pensamientos y generación de alternativas razonables a diversas situaciones vitales.
- Capacidad de perseverancia ante los desaciertos.
- Capacidad de planificación y organización de tareas.
- Conducta de ser consecuente y ejecutivo para con un plan determinado.
- Capacidad de recreación y disfrute.
- Habilidades para relajarse.

Pero más allá de las habilidades psicológicas que hayamos desarrollado, muchas veces estas se ven imposibilitadas de ejercerse porque nuestros niveles de ansiedad son muy altos, y se ha cronificado un estado de sobreactivación que nos desborda.

Ante un sistema nervioso tan sensible o vulnerable, un pequeño evento basta para disparar síntomas de ansiedad, o bien, un desborde emocional.

En esta línea, estudios más recientes (Rahe, 1989) han demostrado que la acumulación

de eventos vitales estresantes a lo largo de un período de tres años predice el riesgo de fallo cardíaco. Sin embargo, cabe recordar que no son los estresores en sí mismos los que ocasionan fallos en nuestro sistema biológico sino su combinación con otros factores.

Angustia y ansiedad

El vocablo angustia proviene del latín angustĭa, que significaba antiguamente angostura, dificultad, situación de estrechez del lugar o del tiempo. En sentido figurado, se lo fue asimilando a aflicción, congoja y, por último, a ansiedad; haciendo referencia a un temor opresivo sin causa precisa. Fue posteriormente asociado a las sensaciones físicas, en principio sofoco y sensación de opresión en la región torácica o abdominal.

Ansiedad, también del latín –anxiĕtas, -âtis–, significa estado de agitación, inquietud o zozobra del ánimo. A nivel médico se lo asimiló a la angustia que suele acompañar a muchas enfermedades, en particular algunas "enfermedades" psicológicas que no permiten sosiego a quien las padece.

Como se ve, ambos términos implican una yuxtaposición de elementos, partiendo de la base de "algo que pone en aprietos o apuros"; la respuesta, a modo de malestar e inquietud, tendrá manifestaciones fisiológicas y psicológicas específicas.

La angustia fue tema de interés inicialmente de la filosofía, siendo introducida en esta por el filósofo danés Søren Kierkegaard –precursor del existencialismo–, para quien la angustia era la categoría fundamental que define la relación del ser humano en el mundo, postulando de esta forma que es a través de ella que experimentamos la "nada absoluta" (*El concepto de la angustia,* 1844).

En una reflexión similar, el filósofo alemán Martin Heidegger afirmó que en ella se comprende la existencia humana, una "isla que flota en la nada" (*El ser y el tiempo,* 1927).

En el campo de la psicología, prácticamente a comienzos del siglo XX sobresale la figura de Sigmund Freud, quien diferencia una angustia real, que surge en el individuo como reacción ante un peligro exterior previsto, y otra neurótica ("neurosis de angustia"), que no obedece a ninguna realidad concreta y que estaría más vinculada con la libido ("energía psíquica"). Desde estos postulados psicoanalíticos y manteniendo en parte su esencial relación filosófica con "la nada", se presupone el origen de la angustia en lo que

se ha dado en llamar "el trauma de nacimiento", al producirse la separación del nuevo ser del cuerpo de su madre; la emoción reaparecerá posteriormente en situaciones que evoquen ese momento.

Asimismo, en su obra refiere a otra fuente de origen de la angustia: "las pulsiones sexuales o agresivas" de una persona, que le resultan inaceptables. Siendo así que la angustia actuaría entonces como forma de reprimir o reconducir tales pulsiones. Cuando los mecanismos de defensa inconscientes son insatisfactorios, aparecería una reacción de angustia neurótica.

Hoy en día, cuando la psicología y la medicina se refieren a la ansiedad, ya no suelen implicar los "mecanismos pulsionales internos" que Freud describiera.

La psiquiatría, por su parte, considera la angustia como patología de orden somático (físico), diferenciándola de la ansiedad, a la que define como patología de orden "psíquico". Por otra parte, la psiquiatría tiende a diferenciar la ansiedad del miedo, al asimilar la primera como signo de alerta ante una amenaza inespecífica, vaga, originada por un conflicto, y el miedo –si bien similar en sus manifestaciones– estaría "supuestamente" más asociado a una amenaza concreta, conocida y externa.

No obstante, de modo general, la ansiedad sería vista como un temor anticipatorio de un peligro futuro, cuyo origen es desconocido o no se reconoce. Destacándose como rasgo central el intenso malestar "psíquico" (o "mental", desde enfoques psicodinámicos), y el sentimiento que tiene la persona de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. Los síntomas físicos usuales experimentados serían: tensión muscular, sudor en las palmas de las manos, molestias estomacales, respiración entrecortada, sensación de desmayo inminente y taquicardia.

En conclusión, antiguamente, angustia hacía mayor énfasis en los componentes físicos, que generalmente podían atribuírsele a un objeto o situación en concreto, y ansiedad a los signos más psíquicos, como un estado de anticipación de un peligro sin un objeto muy concreto, específico o real. Sin embargo, hoy en día esta diferenciación carece de sentido, al incluirse dentro de la definición de ansiedad los componentes físicos.

Un dato histórico interesante que aporta a todas estas disquisiciones terminológicas y conceptuales se refiere al hecho de cómo fue que apareció la distinción entre los términos miedo y ansiedad, debiéndose ello a un equívoco en la traducción que hizo el primer traductor de Freud, quien tradujo erróneamente el término alemán *angst,* que significa miedo, por ansiedad. Freud no reparó demasiado en esta diferencia que asociaba el

miedo a un objeto externo y conocido, y la ansiedad a un objeto "inconsciente y reprimido".

En resumen, la principal diferencia entre ambas respuestas sería la "naturaleza más aguda del miedo en relación a la cronicidad de la ansiedad".

El mismo Charles Darwin señaló ya en 1896 que la palabra miedo derivaba de palabras que significaban "súbito y peligroso", e hizo una descripción muy interesante y verídica acerca del miedo agudo convirtiéndose en pánico.

Los teóricos del aprendizaje y con estos la Teoría Conductual o Conductista ven la ansiedad desde otra perspectiva. La ansiedad es explicada como una respuesta del organismo que no es puramente biológica, ni parte de un mecanismo inconsciente y mental; sino una respuesta integral del organismo que engloba manifestaciones tanto fisiológicas como motoras, cognitivas y emocionales. Desde el punto de partida de nuestro sustrato biológico, con su capacidad innata de adaptarse a los cambios que nos presenta el entorno, concretizados estos a través de las experiencias de vida, se entiende que la manera particular en que experimentamos ansiedad sea aprendida.

Inclusive situaciones u objetos que en sí serían neutrales podrían llegar a disparar los cambios biológicos al asociarse con algunos miedos innatos, como por ejemplo la pérdida de sustentación, el dolor, ruidos fuertes, etc.

Los tres sistemas de respuesta de la ansiedad

Desde el enfoque conductual se intenta "operacionalizar" o describir las "operaciones" o conductas más concretas que conforman el constructo de la ansiedad. La finalidad de diferenciar sus elementos más simples y peculiares al individuo tiene por objeto descubrir a qué responde y si es o no adaptativa y conveniente para el sujeto.

En cuanto a los niveles de respuesta, estos serían:

1. Canal de respuesta fisiológico.
2. Canal de repuesta motora.
3. Canal de respuesta cognitivo o autorreferencial.

En el nivel fisiológico, englobamos todas aquellas respuestas que sentimos como por debajo de la piel; es decir, se encontrarían la mayoría de las sensaciones físicas producto de la sobreactivación biológica: taquicardia, sudoración, ahogo, etc. Se trata de respuestas

involuntarias en su mayoría.

El nivel motor implica el sistema somático en general, lo que hacemos o dejamos de hacer para evitar el estresor. Comportamientos a consecuencia del mecanismo biológico de la "lucha o huida" –salir corriendo, quedar paralizado, etc.–, e hilando más fino, evitar lugares asociados a ansiedad, tomar un fármaco, etc. Por lo general, este nivel de respuesta es el más visible, la persona se presenta inquieta, mueve las manos o las piernas, aumenta el parpadeo, está verborrágica, siendo esta la forma de ansiedad que identificamos más comúnmente y por la que menos consulta la gente en realidad.

Por último, a nivel cognitivo, entraría todo lo que se nos pasa por la cabeza (ideas, pensamientos e imágenes); desde sus características formales –aceleración de pensamiento, interceptación, rumiación – al tipo de contenido de los mismos. La típica forma de pensar de una persona ansiosa incluye contenidos "anticipatorios y preocupatorios" acerca de lo que pueda suceder.

Hay quienes prefieren denominarlo nivel autorreferencial, haciendo alusión al correlato verbal acerca de lo que la persona se dice a sí misma sobre lo que piensa y siente.

La emoción y/o "sensación" de miedo, que muchas veces acompaña el estado de ansiedad, englobaría parte de los tres canales de respuesta. Podemos identificar en ella una mezcla muy integrada y difusa de lo que pensamos o percibimos aunque no sea de una manera muy consciente; reacciones físicas o una cierta sensación de hipervigilancia general, y por último, un aumento o disminución de determinados comportamientos motores.

Al ser la respuesta de ansiedad específica a cada individuo, se apreciarán más signos de ansiedad en un tipo determinado de canal que en otro, e inclusive un mismo individuo puede variar el modo general de experimentar ansiedad a lo largo de su vida.

El problema de los nervios

Cuántas veces hemos escuchado decir a alguien: "Lo mío es todo nervioso". "Voy a estallar de los nervios". "Cuidate, ¡te vas a enfermar!". "El médico me dijo que era estrés. Tranquilícese".

Pero, ¿qué es eso de los nervios, qué es estrés?, ¿y cuál es su vinculación con la enfermedad?

¡Cómo podemos tranquilizarnos ante algo que desconocemos! Los individuos tendemos a ordenar nuestra experiencia en patrones más o menos conocidos, reconfirmando los datos que elaboramos sobre nuestra realidad y la de nuestros semejantes. Esta cualidad confirmatoria puede llegar a ser tan fuerte que ante la evidencia en contra, insistamos en obviarla. Siendo así que albergamos ciertos eslóganes acerca de lo que nos sucede que dan sentido y brindan seguridad. Pero si por el contrario se instala la duda, nuestro micromundo parece descontrolarse, y nos volvemos más inseguros.

Saber acerca de los diversos determinantes de un problema no es la solución a este, pero constituye, sin duda, el primer paso para empezar a solucionarlo.

Nuestro sistema nervioso

Un poco de información básica sobre nuestro sistema biológico vendrá bien al respecto. En base a su conformación anatómica externa, el sistema nervioso se compone del sistema nervioso central y el sistema nervioso periférico (SNP).

Sistema nervioso central (SNC). Está constituido por dos partes esenciales: cerebro y médula espinal. Ambos conforman los centros nerviosos de nuestro organismo, comunicándose con todo el cuerpo a través del sistema nervioso periférico.

El cerebro a su vez está subdividido en tres estructuras principales:

- Cerebro anterior o prosencéfalo, subdividido en el telencéfalo y el diencéfalo.
- Cerebro medio o mesencéfalo.
- Cerebro posterior o romboencéfalo, subdividido en el bulbo raquídeo y el cerebelo.

El telencéfalo está compuesto por los hemisferios cerebrales, la formación del hipocampo, la amígdala y un conjunto de fibras nerviosas denominado materia blanca subcortical. En la parte superior de los hemisferios del cerebro se encuentra la corteza cerebral y en sus zonas profundas, las estructuras antes mencionadas. La materia blanca subcortical está integrada por distintos haces de nervios. Un grupo de ellos va en dirección ascendente, cuyo punto de origen es variado: unos provienen del tallo cerebral o cerebelo, otros del diencéfalo y otros de los ganglios basales. Los puntos de origen de los impulsos que llevan son a veces las zonas periféricas del cuerpo o las vísceras, otras

veces surgen de las estructuras medulares o de las otras partes del cerebro.

Otros haces de fibras van en sentido inverso. Es decir, parten de la corteza cerebral hacia las estructuras de los núcleos de la base. Se forman de este modo circuitos de impulsos nerviosos que permiten la recepción e integración de los estímulos provenientes del exterior y del propio cuerpo y la salida de impulsos dirigidos a los efectores, para asegurar el mantenimiento del medio interno y las relaciones del organismo con el ambiente. Un conjunto distinto de haces de fibras nerviosas (comisurales) conecta las dos mitades del cerebro. Entre ellas se destaca el cuerpo calloso que une los dos hemisferios.

Las vías nerviosas que salen del encéfalo se dirigen a los órganos de los sentidos y a varios músculos voluntarios; pero algunas van a otros órganos del cuerpo, como el corazón y los pulmones, y forman parte del denominado sistema nervioso autónomo (SNA) o involuntario. Este sistema como se verá posteriormente guarda estrecha relación con las crisis de pánico.

No podemos dejar de mencionar otro subsistema, el sistema límbico; el mismo constituye una unidad funcional del cerebro que está formada por partes del tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala, cuerpo calloso, septum y mesencéfalo. La acción integrada de dichas estructuras es responsable de la amplia variabilidad del comportamiento, de las emociones y del funcionamiento de la memoria, especialmente en situaciones de crisis.

Siendo más específicos, nuestro sistema nervioso constituye una compleja red de células, y la célula nerviosa propiamente dicha recibe el nombre de neurona. La *neurona* está formada por muchas ramificaciones cortas (dendritas) y por una prolongación más larga (axón) que comunica unas células con otras por un mecanismo de conexión llamado sinapsis.

La característica principal de las neuronas es que transmiten unos impulsos electroquímicos, conocidos con el nombre de corrientes o impulsos nerviosos, a través de los cuales se comunican y operan en todo nuestro cuerpo.

El impulso nervioso viaja a través de los axones de la neurona a un cuerpo celular (dendrita), saltando de una neurona a otra. De esta forma realizan tres tipos de funciones básicas: reciben los estímulos provenientes de los medios, externo e interno, mandan impulsos a los órganos efectores del organismo y asocian ambos tipos de información.

Según la función y el camino recorrido (aferente o eferente), se puede hablar de tres tipos de neuronas:

- Neuronas sensitivas (aferentes). Reciben los estímulos directamente o los captan por la mediación de otras células llamadas receptoras. Se encuentran sobre todo en los órganos de los sentidos, pero también en otras partes del cuerpo, desde donde envían información acerca del funcionamiento de diferentes órganos, llevando sensaciones y estímulos al cerebro y la médula.
- Neuronas motoras (eferentes). Realizan la función contraria, transmiten impulsos nerviosos a los músculos y otros órganos, haciendo posible que el organismo dé la respuesta adecuada a los estímulos captados por las neuronas sensoriales. Se hallan básicamente en el encéfalo y en la médula espinal. Controlan tres tipos de músculos: los músculos estriados, que permiten la movilización de los miembros; los músculos lisos, relacionados con las acciones de las glándulas y vísceras, y los músculos cardíacos, responsables de las contracciones del corazón.
- Neuronas de asociación. Relacionan las células sensoriales con las motoras, las células sensoriales con otras células sensoriales, y las células motoras unas con otras, e incluso establecen relaciones entre grupos de células con funciones puramente asociativas. Se encuentran en áreas intermedias entre las células sensoriales y las motoras.

En todas las regiones del sistema nervioso vamos a hallar entremezcladas células de los tres tipos, de ahí que sería más adecuado hablar de zonas con predominancia de células sensoriales, áreas especialmente motoras y regiones principalmente asociativas.

La sustancia química que se transmite se llama neurotransmisor.5 Los neurotransmisores conocidos son muy numerosos y existen grandes sistemas neurales cuya actividad es regulada por algún neurotransmisor en particular. Las relaciones sinápticas y la organización estructural del sistema nervioso en diferentes regiones explican algunos de los modos de responder al ambiente.

Gran parte de la actividad del sistema nervioso es automática o refleja, es decir, el impulso nervioso captado por los receptores sensitivos en la piel o en los órganos de los sentidos *no* es llevado a la corteza cerebral para que esta dé una respuesta. El trayecto del impulso nervioso es más corto: un nervio sensitivo transmite el impulso a la médula espinal, donde a través de varias sinapsis pasa a neuronas motoras que dan lugar a la respuesta. Dicho proceso es conocido con el nombre de arco reflejo.

Al contrario de la actividad refleja, la actividad voluntaria tiene su origen en diferentes

partes de la corteza cerebral llamadas áreas motoras. De estas parten los impulsos nerviosos hacia la médula, desde donde son transmitidos por los nervios motores hasta los músculos, que al ser estimulados se contraen y podemos mover diversas partes de nuestro cuerpo. Sin embargo, la acción voluntaria y la refleja no estarían tan separadas, en cualquier actividad suelen intervenir actos voluntarios y actos reflejos. Asimismo, debido al aprendizaje es posible modular los procesos que antiguamente se creían completamente autónomos.

Pongamos un ejemplo: ¿recuerdan el dicho "el que se quema con leche ve la vaca y llora"? Pues bien, este dicho cuenta con aval científico. Hagamos un símil con quemarse con leche puesta en un hervidor. Cuando no existían los microondas era muy común calentar la leche de esta forma y también que se nos "fuera del fuego", quemándonos la mano al tomar la cacerola.

Piensen un momento: si se han quemado, la próxima vez que tomen un hervidor con leche a punto de hervir y derramarse, ¿qué hará que experimenten el pequeño impulso de retracción de la mano o que sean extremadamente precavidos al tomar el recipiente?, ¿es el sistema nervioso en todo su conjunto que da la orden –sal del fuego, cuidado– o es la mano la que se retira rápidamente antes de que tomemos plena consciencia de que podremos quemarnos?

Aspecto elemental de conjunción entre la biología y el aprendizaje, entre la materia y sus funcionalidades. Entre sus estructuras y sus posibilidades de trascender la misma por otros principios o leyes. Tema de actualidad en el que los científicos de las neurociencias y los psicólogos se devanan los sesos. Será este quizás el gran salto de las ciencias de la "mente humana" que estamos obligados a responder; aunque hoy sigamos planteándonos preguntas no muy bien formuladas: ¿en qué lugar del cerebro se alojan todas nuestras emociones?, ¿dónde queda un pensamiento?, ¿cuál es el neurotransmisor responsable?

Sistema nervioso periférico

Volviendo al nivel estructural, el sistema nervioso periférico es la parte del sistema nervioso no comprendida en el SNC; y su función principal es servir de transmisión entre el SNC y el resto del cuerpo.

Está conformado por dos subsistemas: el sistema nervioso cerebroespinal (antes llamado aparato locomotor), y el sistema nervioso autónomo (o aparato

cardiorrespiratorio).

• Sistema nervioso cerebroespinal (aparato locomotor). Conecta el SNC con los órganos de los sentidos y con los órganos voluntarios (o esqueléticos). En él existen dos grupos distintos de nervios:

o Nervios craneales (son 12 pares que salen del cerebro).

o Nervios espinales (son 31 pares que salen de la médula).

El impulso nervioso viaja por todo el cuerpo agrupado en haces o grupos de fibras nerviosas habitualmente denominadas *nervios*. Recién a partir de la salida de la médula espinal se puede empezar a hablar de una verdadera red de nervios y fibras nerviosas.

Los nervios craneales o nervios encefálicos actúan fundamentalmente sobre órganos situados en la cabeza.

- I par: nervio olfatorio. Son sensitivos, llevan al cerebro las sensaciones olfativas.
- II par: nervio óptico. Son sensitivos, conducen las sensaciones visuales.
- III par: nervio motor ocular común. Son nervios motores, responsables de algunos de los movimientos del globo ocular.
- IV par: nervio patético. También motores, originan el movimiento de un músculo del ojo.
- V par: nervio trigémino. Son nervios mixtos, como sensitivos llevan al cerebro impulsos nerviosos de varias zonas de la cara, la parte motora actúa sobre los músculos de la masticación.
- VI par: nervio motor ocular externo. Son motores, su estímulo hace girar el globo ocular hacia el exterior.
- VII par: nervio facial. Son mixtos, originando principalmente el movimiento de varios músculos de la cara, como nervio sensitivo lleva al cerebro los estímulos de la parte inferior de la lengua.
- VIII par: nervio auditivo o vestibulococlear. Son sensitivos, transmiten señales auditivas desde el oído interno al cerebro; sirven también para mantener el equilibrio.
- IX par: nervio glosofaríngeo. Son nervios mixtos, hacen posible la deglución y conducen al cerebro los estímulos de la parte posterior de la lengua.
- X par: nervio vago. También mixtos. Sus ramificaciones llegan a la laringe y a la cavidad abdominal y actúan sobre el esófago, el corazón, los pulmones y otros

órganos abdominales.

- XI par: nervio espinal. Son motores, originan el movimiento de algunos músculos del cuello como el esternocleidomastoideo y el trapecio.
- XII par: nervio hipogloso. Nervios motores, facilitan los movimientos de los músculos de la lengua, contribuyendo a la masticación, la deglución, la fonación.

De los doce pares, solo dos –el nervio vago (X par) y el nervio espinal (XI par)– no actúan sobre órganos situados en la cabeza. En particular el nervio vago es motor, sensitivo y autónomo, o sea, de acción involuntaria.

Nervios espinales

Son también competencia del sistema nervioso periférico y en parte del SNA. Son 31 pares que nacen de la sustancia gris de la médula, formando dos raíces bien diferenciadas, por lo cual reciben asimismo el nombre de nervios raquídeos o raíces.

Ambas raíces después de cruzar los orificios intervertebrales se unen para formar un solo nervio raquídeo.

- Rama ventral o anterior, que es la más grande e importante, se dirige hacia la parte delantera del cuerpo y se divide en miles de ramificaciones en la piel, los músculos y los órganos. Su destino es, sobre todo, el cuello, los brazos, la parte delantera del tórax y las piernas.
- Rama dorsal o posterior, gira alrededor de la columna vertebral y se dirige hacia la espalda, donde se ramifica en la piel y los músculos.

Varios nervios espinales cercanos viajan juntos hasta la parte del cuerpo que les corresponde, formando unas apretadas redes; constituyen los plexos. Los plexos mayores son:

- El plexo braquial, es un entrelazamiento de cinco nervios espinales que actúan sobre los músculos de los brazos.
- El plexo lumbar, formado por tres nervios que se dirigen a los músculos de la parte delantera de los muslos y a la piel de las piernas y de los pies.
- El plexo sacro es la unión del conjunto de nervios entrelazados que salen de la

médula a través de las últimas vértebras de la columna. Actúan sobre los músculos de la parte posterior de los muslos, de toda la pierna y del pie.

La unión final de los nervios del plexo sacro da lugar al nervio ciático.

Sistema nervioso autónomo (SNA) (aparato cardiorrespiratorio)

También llamado sistema nervioso vegetativo, regula el funcionamiento de los órganos internos del cuerpo, es decir, la actividad del organismo que es considerada involuntaria o refleja. La palabra autónomo hace referencia a que se gobierna por sus propias leyes, supondría que actúa con independencia del sistema central.

Se subdivide en sistema nervioso parasimpático y sistema nervioso simpático.

Los nombres de simpático y parasimpático hacen referencia a la complementariedad de ambos sistemas, es decir, armonizan en el funcionamiento de diversos órganos en procura de un equilibrio. Para ello con frecuencia las funciones de uno y otro son opuestas, mientras uno activa el otro inhibe. Por esta razón es que no podemos estar tranquilos, y nerviosos, al mismo tiempo. Se podrá variar de un estado a otro pero no experimentarlos simultáneamente.

El SNA comienza en una serie de ganglios, que son gruesos agrupamientos de células nerviosas o neuronas que, saliendo de la médula espinal, se agrupan a ambos lados de la columna vertebral. Según la zona en que salen se agrupan en: craneales, toracolumbares y sacras.

La mayor parte de los órganos reciben fibras nerviosas del simpático y del parasimpático.

Sistema nervioso parasimpático

Algunas de sus fibras nerviosas salen directamente del encéfalo, formando los mencionados ganglios craneales; otras salen de la parte inferior de la médula, el hueso sacro, dando lugar a los ganglios de la zona sacra, que actúan sobre el colon y la vejiga urinaria.

Muchas de sus fibras nerviosas discurren con uno de los nervios craneales, el nervio vago, que actúa fundamentalmente en los pulmones, el corazón, el estómago, el intestino

y el hígado.

Su función es retardadora, contribuyendo a regular las funciones más importantes del organismo, como la respiración, la circulación sanguínea, la digestión, etcétera, manteniendo su actividad y conservando la energía que en situaciones de emergencia activará el simpático. Por ello, cuando descansamos o estamos durmiendo predomina la acción del parasimpático.

Las principales funciones del parasimpático son:

- Disminución del ritmo y la potencia de los latidos del corazón.
- Contracción de los conductos respiratorios, como la tráquea y los bronquios.
- Disminución de la presión arterial.
- Aumento de la secreción nasal, así como de saliva y lágrimas.
- Aumento de los movimientos peristálticos y de las secreciones intestinales.

Sistema nervioso simpático

Está formado por las fibras nerviosas que salen de los ganglios situados en la zona toracolumbar. Tiene una función activadora sobre todos los órganos del cuerpo y estimula diversas reacciones que el organismo necesita ajustar ante una exigencia impuesta a este. Por ejemplo, al realizar ejercicio físico intenso, ante la presencia de un peligro inminente, por una fuerte emoción.

Algunos de los cambios más destacables son:

- Aumenta el metabolismo, es decir, activa una serie de reacciones químicas en las células mediante las cuales estas se alimentan.
- Alimenta el riego sanguíneo del cerebro.
- Dilata los bronquios.
- Dilata las pupilas.
- Aumenta la sudoración.
- Aumenta el ritmo y la potencia de los latidos del corazón.
- Aumenta la presión sanguínea, gracias a la constricción de las arterias.
- Estimula las glándulas suprarrenales (están situadas sobre los riñones y cumplen una función especial ya que segregan una hormona llamada adrenalina, cuya misión principal es estimular diversas reacciones para que el organismo pueda hacer frente

a una sobrecarga en sus funciones normales).

El sistema nervioso periférico actúa en forma integrada. Así, por ejemplo, si corremos, es necesario que actúen conjuntamente el sistema nervioso cerebroespinal, que dirige el trabajo de los músculos, y el sistema nervioso autónomo, que acelera la respiración y el ritmo cardíaco para que el corazón bombee mayor cantidad de sangre a los músculos, que, sometidos a un mayor esfuerzo, necesitan un aumento de la glucosa (segregada por nervios en el hígado); al mismo tiempo, otros músculos dilatan las arterias haciendo que, a través de la sangre, afluya una mayor cantidad de oxígeno.

Entre otras funciones del sistema nervioso autónomo se encuentra la regulación de la temperatura corporal, permitiendo al organismo adaptarse automáticamente a los cambios climáticos, activando o reduciendo la función de las glándulas sudoríparas y dilatando o contrayendo los vasos capilares.

Repaso: el sistema nervioso

I. Sistema Nervioso Central (SNC):

• Cerebro o encéfalo.

o Cerebro anterior o procencéfalo: telencéfalo (corteza cerebral, hemisferios cerebrales, ganglios basales, hipocampo, amígdala) y diencéfalo.

o Cerebro medio o mesencéfalo.

o Cerebro posterior o romboencéfalo: bulbo raquídeo y cerebelo.

• Médula espinal.

II. Sistema Nervioso Periférico (SNP):

• Sistema nervioso cerebroespinal (aparato locomotor).

• Sistema nervioso autónomo (aparato cardiorrespiratorio).

o Sistema nervioso simpático.

o Sistema nervioso parasimpático.

Rutas fisiológicas de la ansiedad-estrés

La base orgánica de los cambios psicofisiológicos que ocurren cuando nos encontramos ansiosos o estresados deriva básicamente de los sistemas neuroendocrino y endocrino. Los mismos incluyen la actividad simpática y parasimpática, constituyendo en conjunto dos formas distintas de develar el funcionamiento sistémico de nuestro cuerpo de acuerdo a las diversas áreas y órganos estimulados.

Sistema neuroendocrino

En la base del mismo se encuentra el sistema nervioso autónomo. Como vimos, recibe el nombre de autónomo justamente por tratarse de una respuesta rápida y automática de protección y ajuste a demandas del medio, y que, hasta hace pocos años, se creía completamente involuntaria de la actividad del sujeto. Hoy día se sabe que no es completamente involuntario y que es susceptible de ser modificado debido a procesos de aprendizaje.

Cobran especial importancia las proyecciones nerviosas del simpático, las que partiendo del cerebro, salen por la columna vertebral y se ramifican e inervan casi todos

los órganos, vasos sanguíneos y glándulas.

Destacado protagonismo desempeñan las glándulas suprarrenales, que liberan adrenalina (también llamada epinefrina) y noradrenalina al torrente circulatorio, llegando de esta manera a partes del cuerpo que carecen de la inervación simpática directa.

Dichas sustancias van a estimular la actividad del corazón, aumentan por tanto la tensión arterial, y actúan sobre la contracción y dilatación de los vasos sanguíneos y la musculatura; la adrenalina eleva los niveles de glucosa en sangre (glucemia); todo lo cual ayuda al organismo a enfrentarse a situaciones de urgencia de forma más eficaz.

La vía neuroendocrina constituye una primera forma para responder ajustadamente a la demanda; existe, no obstante, otra forma más lenta y de efectos más duraderos, que requiere de una exposición al estresor por tiempo más prolongado.

Sistema endocrino

La función endocrina está regulada también por el sistema nervioso, como demuestra la respuesta suprarrenal al estrés. Los distintos órganos endocrinos están sometidos a diversas formas de control nervioso.

El sistema endocrino constituye el conjunto de órganos y tejidos del organismo que liberan un tipo de sustancias llamado hormonas. Los órganos endocrinos también se denominan glándulas sin conducto o glándulas endocrinas, debido a que sus secreciones se liberan directamente en el torrente sanguíneo.

Las hormonas secretadas por las glándulas endocrinas regulan la reproducción, el crecimiento, el desarrollo y las funciones de muchos tejidos, y coordinan los procesos metabólicos del organismo. Cabe agregar
que la liberación de las hormonas depende de los niveles en sangre de otras hormonas y de ciertos productos metabólicos bajo influencia hormonal, así como de la estimulación nerviosa; el organismo intenta mantener un equilibrio constante, esto se conoce con el nombre de homeostasis o realimentación negativa.

Pero nos interesa aquí este sistema en virtud de ser el responsable de una segunda vía de acción ante una demanda o peligro inminente, que implica un proceso biológico más lento y prolongado –llegando a durar horas– y tiene consecuencias para la salud, como por ejemplo la supresión de la actividad inmunitaria, el aumento de la irritación gástrica, y habría estudios que avalan cierta relación con sentimientos de depresión.

La hipófisis está localizada en la base del cerebro y se ha denominado la “glándula

principal". El hipotálamo, porción del cerebro de donde deriva la hipófisis, secreta una hormona antidiurética (que controla la excreción de agua) denominada vasopresina, que circula y se almacena en el lóbulo posterior de la hipófisis.

La zona de la corteza de las glándulas suprarrenales (localizadas sobre los riñones) también elabora un grupo de hormonas denominadas glucocorticoides (corticosterona, cortisol y los mineralocorticoides), que son esenciales para el mantenimiento de la vida y la adaptación al estrés.

Asimismo, las secreciones suprarrenales regulan el equilibrio de agua y sal del organismo, influyen sobre la tensión arterial, actúan sobre el tejido linfático, influyen sobre los mecanismos del sistema inmunológico y regulan el metabolismo de los glúcidos y de las proteínas.

El proceso es más o menos el siguiente: ante un estresor (suceso externo y/o pensamientos preocupatorios), el hipotálamo segrega el factor liberador de corticotropina (CRF) en el sistema circulatorio; segundos más tarde este activa la pituitaria para que libere la hormona corticotropina (ACTH); una vez liberada, esta llega a las glándulas suprarrenales y en pocos minutos activa la liberación de los glucocorticoides.

Por otra parte, el páncreas puede segregar glucagón, una hormona que junto con los glucocorticoides y la actividad simpática eleva el nivel de glucosa en sangre, que es esencial para proporcionar energía al organismo.

Asimismo, la pituitaria y el cerebro segregan sustancias endógenas como las endorfinas y las encefalinas, que tienen efectos analgésicos, atenuando la percepción del dolor; de ahí la tan común insensibilidad que refieren las personas durante el momento de un ataque o accidente violento. La pituitaria –como se ha dicho– al segregar vasopresina, tiene por efecto la retención de líquido, efecto común durante la etapa aguda de exposición al peligro, pero que también se asocia a la hipertensión arterial. Además se inhiben hormonas durante la fase de estrés, como por ejemplo: las hormonas vinculadas a la reproducción, como los estrógenos, la progesterona y la testosterona; las hormonas del crecimiento o la secreción de insulina.

Obviamente, volvemos a insistir en que para darse los efectos negativos, la demanda a la cual nos estaremos exponiendo presenta alguna de las siguientes características: se trata de una situación prolongada en el tiempo; es un cúmulo de eventos que no da tiempo suficiente a recuperar los niveles físicoquímicos normales; se trata de un evento muy intenso; o por último, se ha condicionado dicha respuesta a eventos en principio

“neutros”. A lo cual hay que agregarle la capacidad –o déficit– con que cuente la persona para hacerle frente.

Consecuencias visibles de la activación

En resumen, cuando un organismo se activa, se ponen en marcha de manera automática algunos sistemas biológicos decisivos para afrontar la situación de demanda y se suspende temporalmente el funcionamiento de otros no tan necesarios para el momento.

Algunos de los cambios fisiológicos normales a destacar son los siguientes:

- Movilización rápida de la energía que permanecía almacenada. La glucosa, las proteínas más simples y las grasas salen de las células y se dirigen a la musculatura.
- Incremento de la frecuencia cardiaca, respiratoria y de la presión arterial.
- Aumento del aporte sanguíneo al cerebro y los músculos.
- Se facilita el transporte de oxígeno a las células.
- Inhibición de sistemas biológicos no necesarios para hacer frente a la demanda: paralización de la digestión, disminución del impulso sexual, inhibición de la actividad del sistema inmunitario.
- Reacción analgésica al dolor. De persistir la situación estresante, se embota la capacidad de percepción de las estimulaciones nocioceptivas (sensaciones de dolor por daño al organismo).
- Mejora del funcionamiento de la memoria.
- Se agudizan los sentidos.

Consecuencias orgánicas y psicológicas de la ansiedad-estrés desadaptativos

La ansiedad o el estrés se vuelve desadaptativo e inconveniente para la persona si una vez eliminada la situación amenazante o la demanda puntual esta continúa experimentando manifestaciones fisiológicas; o bien, si se trata de una respuesta desmedida y exagerada para la situación.

Sucintamente, hablamos de ansiedad desadaptativa o “patológica” en base a su

intensidad, duración o inadecuación. Retomaremos este punto más adelante.

Consecuencias a nivel orgánico de la sobreexcitación. Relación estrés-enfermedad

El estrés, como ya veremos, no es causa de "enfermedad"; no obstante se lo puede concebir como un factor de riesgo que aumenta las probabilidades de enfermar.

Algunas de las afecciones fisiológicas asociadas al mismo son: acné, seborrea, alopecia, alergias, aftas, eritemas, psoriasis, cefaleas tensionales, dolores crónicos en diversas partes del cuerpo, alteraciones menstruales, cansancio físico extremo, arritmias cardíacas, hipertensión, mareos y vértigos, dispepsia, "ardor de estómago", úlcera, náuseas, colon irritable, diarreas y estreñimiento crónico, micción frecuente, encopresis, hipoglucemia, cáncer, entre los más comunes.

Ahora bien, ¿cuál sería el punto clave de enlace entre el estrés y la enfermedad?

Por un lado sucede que la respuesta de estrés sostenida agota las reservas biológicas, produciendo fallos en el sistema biológico; así por ejemplo, al estar estresados nuestro organismo consume micronutrientes; es decir, vitaminas y sobre todo enzimas que necesitamos para estar más activos. De persistir la demanda nuestro sistema inmunológico termina por debilitarse. Por otra parte, se inhibirían los recursos personales –psicológicos– de que disponemos para hacer frente a diversos problemas cotidianos. No olvidemos que muchos signos de estrés se nos revelan a modo de cansancio físico, embotamiento de la capacidad de pensar, razonar y memorizar.

Pasaremos ahora a describir sucintamente su vinculación con las afectaciones de índole orgánica.

Estrés y sistema cardiovascular

El principal responsable de la alteración cardiovascular es la rama simpática del sistema nervioso autónomo. La misma provoca dos cosas: que aumente el ritmo cardíaco y la constricción de las principales arterias. Al estar estas recubiertas por pequeños músculos inervados por el sistema simpático, particularmente las que canalizan la sangre al tracto digestivo, a los riñones y la piel, hacen que disminuya el flujo sanguíneo para facilitar así

el riego a la musculatura y al cerebro, y poder de esta manera actuar más eficientemente.

Por otro lado, la vasopresina (hormona antidiurética) secretada vía hipófisis por el hipotálamo genera que los riñones frenen la formación de orina, lo cual provoca una disminución de la eliminación de agua, aumentando así el volumen sanguíneo y también con ello la presión de las arterias (hipertensión). Este conjunto de cambios es normal y esperable para preparar al organismo ante un esfuerzo especial. No obstante, si este tipo de situaciones se repite a lo largo del tiempo se culmina en un desgaste del sistema cardiovascular.

A nivel estructural se va produciendo una ramificación progresiva del sistema circulatorio, lo cual hace que existan múltiples puntos de bifurcación, siendo en ellos donde el torrente sanguíneo ejerce mayor presión y por ende desgaste. Cuando la pared vascular sufre algún tipo de daño, los ácidos grasos libres, los triglicéridos y el colesterol, que se vierten al torrente circulatorio ante la respuesta de estrés, se adhieren por debajo de la cara interna del vaso, engrosándolo y provocando el consiguiente estrechamiento de la luz del mismo; así se promueve la aparición de placas ateroscleróticas (compuestas por grasas, almidones, células espumosas, etc.).

Esta es la vinculación del estrés con la patología orgánica, entre otros factores. Fundamentalmente afectándose al corazón, al cerebro y a los riñones (angina de pecho, infarto de miocardio, trombosis cerebral, insuficiencia renal, etc.).

Estrés y sistema gastrointestinal

Para producirse la digestión, el sistema responsable es la rama parasimpática del SNA. Como hemos visto, cuando nos enfrentamos a un suceso estresante el sistema que se activa es el simpático, y una de sus consecuencias es que se nos corta la digestión, por ende no resulta extraño que se vea afectado su normal funcionamiento. El primer signo visible es la sequedad de boca, dado que dejamos de segregar saliva. El estómago, por su parte, también detiene su función cesando sus contracciones; se dejan de segregar enzimas y ácidos digestivos (en particular el ácido clorhídrico) a la vez que se paralizan también los movimientos peristálticos en el intestino delgado, y los nutrientes, por tanto, no pueden ser absorbidos. También se reduce el engrosamiento de las paredes del estómago puesto que este no necesita protegerse tan intensamente de los jugos gástricos

de los que depende la digestión.

Una vez finalizada la respuesta de estrés el organismo recupera la ingesta normal, pero las paredes del estómago no están aún suficientemente protegidas para soportar las cantidades normales de ácido clorhídrico, por tanto si este ciclo se repite es esperable la aparición de algún tipo de úlcera. Es de destacar que la úlcera, de esta forma, no se produciría tanto en presencia de la respuesta de estrés sino más bien cuando la misma ha cesado.

Otra hipótesis explicativa acerca de las úlceras se vincula con el desarrollo de bacterias. Dentro del estómago existen diversos tipos de bacterias, particularmente se ha investigado la bacteria *Helicobacter pylori,* que potencialmente puede atacar las paredes del estómago y que en períodos normales el sistema inmunitario controla adecuadamente. Sin embargo en períodos de estrés las defensas llegan a ser insuficientes para realizar tal función.

Asimismo, el estrés se vincula al síndrome de intestino irritable (SII), al colon irritable y al estreñimiento o a diarreas crónicas. Es conocida de sobra la sensibilidad del intestino ante el estrés, la cual se produce también gracias a la sobreestimulación simpática. Una clara demostración se ha visto en criminales sometidos a pena de muerte, al producírseles la defecación de manera espontánea.

Estrés y sistema endocrino

Veamos brevemente qué hace un organismo para asimilar, almacenar y transformar los alimentos en *energía*. Primeramente, descompone los mismos en elementos más simples asimilándolos en forma de moléculas, particularmente aminoácidos, glucosa y ácidos grasos libres, y por último glicerol. Estos se van a almacenar respectivamente en caso de exceso, en forma de proteínas, glucógeno y triglicéridos. En caso de que el organismo se vea en una situación de demanda, movilizará dicha energía sobrante a través de las hormonas del estrés. Dichas hormonas provocan que los triglicéridos se descompongan en las células adiposas y se descarguen ácidos grasos y glicerol en el torrente circulatorio, que el glucógeno se degrade en glucosa y se vierta en la sangre y que las proteínas se vuelvan a convertir en aminoácidos. Es decir, se revierte el proceso para poder disponer de dichos recursos energéticos.

Cuando comemos el páncreas secreta una hormona fundamental en el complejísimo proceso metabólico: la insulina. Una vez liberada al torrente circulatorio, esta posibilita el transporte de los ácidos grasos hasta las células adiposas, así como la síntesis del glucógeno y las proteínas. Así pues, las enzimas de las células adiposas se combinan con los ácidos grasos y el glicerol para formar los triglicéridos. Al acumularse un número suficiente de estos en las células adiposas, se engorda. Mientras tanto, las enzimas de las células de todo el organismo hacen que se unan varias moléculas de glucosa formando una cadena de glucógeno, que se adhiere a los músculos o al hígado. Del mismo modo, las enzimas de las células del cuerpo hacen que se formen largas cadenas de aminoácidos, transformándolos en proteínas.

Es en este caso que la población adulta en Occidente, con su tendencia a ganar peso con la edad, puede generar una diabetes (diabetes tipo II o no insulinodependiente), debido a que la distensión de las células adiposas –no su crecimiento numérico que deja de modificarse a partir de la adolescencia– causa una menor sensibilidad a la insulina. Es decir, no responde a ella –no debiéndose a una escasez de la misma– y esto sucede porque los receptores especializados para esta hormona tienen que actuar sobre una superficie celular cada vez mayor. La falta de respuesta a la insulina provoca que haya un exceso de glucosa y ácidos grasos libres en sangre, que, al no poder ser acumulados en las células adiposas, pueden formar placas ateroscleróticas en las arterias, obstruir los vasos sanguíneos o propiciar la acumulación de proteínas en los ojos, dando lugar a lo que conocemos como “cataratas”.

Resumiendo, el estrés facilita estos procesos a través de dos mecanismos: por un lado, tal y como hemos señalado anteriormente, las hormonas hacen que todavía más glucosa y ácidos grasos entren en el torrente circulatorio. Por otra parte, ante una situación de estrés el organismo, en concreto el páncreas, inhibe la secreción de insulina y, desde el córtex, la orden de liberación de glucocorticoides permite que estos actúen sobre las células adiposas de todo el organismo, haciéndolas menos sensibles a la insulina.

Estrés y sistema inmunitario

La respuesta inmunitaria está mediada por un complejo conjunto de células de la corriente sanguínea denominadas linfocitos y monocitos (que reciben comúnmente el

nombre de “glóbulos blancos”). Hay dos clases de linfocitos: las células T y las células B, y se originan en la médula ósea. Las células T emigran al timo para madurar, y por eso, precisamente, se denominan “T”.

Tanto las células T como B atacan a los agentes infecciosos, pero de forma diferente. Las células T, de las que se conocen varios tipos, producen inmunidad mediada por células. Cuando un agente extraño invade el organismo es reconocido por un monocito llamado macrófago que alerta a una célula T auxiliar. Las células T entonces comienzan a proliferar y atacan al invasor, utilizando sus propiedades citotóxicas.

Las células B, en cambio, producen una inmunidad mediada por anticuerpos. Estas células dan lugar a grandes proteínas –anticuerpos–, que reconocen al agente invasor y se ligan a él (ya que tienen una forma perfectamente adaptada para ello), inmovilizándolo primero y destruyendo después al agente patógeno.

Dicho funcionamiento del sistema inmunitario puede verse modificado por los efectos del estrés, particularmente por los sistemas nerviosos neuroendocrino y endocrino.

En general la activación de la rama simpática del sistema nervioso autónomo suprime la acción inmune, mientras que la activación parasimpática produce un aumento de la actividad inmunológica a través del incremento de anticuerpos y de la citotoxicidad celular. Pero, la elevación de glucocorticoides detiene la formación de nuevos linfocitos en el timo y disminuye la sensibilidad de los mismos a las señales de alerta. Además, pueden expulsar los linfocitos de la corriente sanguínea e incluso destruirlos a través de una proteína que rompe su ADN.

Una pregunta interesante que se viene investigando es: ¿por qué el sistema inmunitario se inhibe en su funcionamiento precisamente en aquellos momentos en los que se podría pensar que puede ser más necesario?

No existe una respuesta definitiva, la hipótesis que mayor grado de veracidad tiene, plantea la inmunosupresión como forma de evitar el desarrollo de enfermedades autoinmunes. Es decir, nos protegería de la autoinmunidad al limitar la extensión de la activación inmunitaria. Supone este un tema muy complejo de investigación.

Uno de los problemas sistemáticamente eludidos en las teorizaciones sobre el estrés, al margen del modelo empleado para estudiarlo, es el de especificar qué variables o condiciones deciden que la respuesta desadaptativa se exprese a través de fenómenos preferentemente psíquicos o de manifestaciones más claramente psicosomáticas.

Cabe mencionar que si bien el SNC regula tanto el funcionamiento biológico como la

modulación del mismo por procesos de aprendizaje, parecería ser que la inadaptación al medio da lugar a deterioros cualitativamente desiguales en tanto pertenecen a niveles de integración de distinta complejidad.

Consecuencias a nivel psicológico de la sobreexcitación. Los trastornos de ansiedad

Los manuales internacionales de Salud Mental (DSM-V, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales,* correspondiente a la APA –Asociación de Psiquiatría Americana–; y CIE-10, ICD-10, *International Classification of Diseases*) describen los diferentes trastornos de ansiedad configurados: el trastorno de pánico, la agorafobia con o sin crisis de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno por estrés postraumático, todos los tipos de fobias y, en gran medida, los trastornos obsesivo-compulsivos. Los mismos son los trastornos psicológicos más frecuentes en las sociedades occidentales, especialmente el trastorno de pánico y el trastorno de ansiedad generalizada. Yendo en aumento su prevalencia en el mundo entero conjuntamente con los trastornos del estado de ánimo. La comorbilidad entre ambas afecciones psicológicas es elevada. Hoy sigue calculándose una prevalencia de los trastornos depresivos de las personas que acuden a la atención primaria de alrededor de 20%, muchas de las cuales cursan también algún trastorno ansioso. Actualmente padecen de depresión cerca de 350 millones de personas en el mundo. La Organización Mundial de la Salud (OMS) predice que para 2030 la depresión unipolar llegará a ocupar el primer lugar como enfermedad global no transmisible, razón por la cual exhorta urgentemente a todos los países a hacer algo para prevenir tal desenlace.

Por otra parte, el cúmulo de problemas psicológicos mediados por el exceso de ansiedad parece imparable. Desde las disfunciones sexuales, los déficits de atención con hiperactividad, problemas de concentración y memoria, diferentes tipos de insomnio, adicciones, alcoholismo, los trastornos alimentarios; hasta los problemas de relacionamiento, mal carácter, irritabilidad, divorcio y separaciones, dificultades en la crianza de los hijos, puesta de límites, etc.

Concluyendo, el estilo de vida actual impide disfrutar de las comodidades materiales que, paradójicamente, ofrece, por lo que no se traduce en más felicidad o plenitud que la

que se podía experimentar en el pasado.

Fundamentación biológica de las sensaciones corporales

Muchas de las sensaciones físicas ocurren debido a hiperventilar, un mecanismo muy común en los trastornos de pánico.

Esto se produce por dos vías de afectación:

A nivel central, a raíz de la pequeña disminución de oxígeno en algunas partes del cerebro; en líneas generales, pueden dar lugar a desencadenar los siguientes síntomas:

- Vértigos.
- Mareos.
- Visión borrosa.
- Sensación de falta de aliento.
- Asfixia y ahogo.
- Irrealidad.
- Confusión.

Existen además otros mecanismos más específicos coadyuvantes a la disminución de O^2 en ciertas partes del cerebro. Por ejemplo, cuando se le agrega la contractura de los músculos de la columna cervical, lo que dificulta la irrigación sanguínea de la cabeza, se producen:

- Opresión o sensaciones extrañas en la cabeza.
- Cefaleas.

Así mismo, por la dilatación de las pupilas se aumenta la visión periférica, facilitándose de esta manera la percepción de peligros.

- Visión borrosa.
- Percibir las cosas en forma extraña.
- Ver “lucecitas”.
- Irrealidad.

- Confusión.

Cuando experimentamos un estado tan intenso como el pánico se produce un shock emocional que altera, paraliza o distorsiona temporalmente nuestra forma de pensar y actuar habitual. De allí que se presente dificultad para pensar en la forma habitual.

A nivel periférico, debido a la disminución de O^2 en determinadas partes del cuerpo, que a su vez ocasiona el aumento de la frecuencia cardíaca para bombear más cantidad de sangre, se pueden presentar las siguientes consecuencias:

- Taquicardia.
- Entumecimiento y sensación de hormigueo en las extremidades.
- Manos frías y húmedas.
- Rigidez muscular.

Recordemos que no está comprobado que la taquicardia del que padece ataque de pánico sea más intensa o severa que la de la persona normal que corre para alcanzar un ómnibus.

Dado que el sistema nervioso autónomo (SNA) controla las glándulas, la respiración y otras funciones importantes, cualquier desorden producido en este sistema puede conducir a una tensión o presión arterial anormalmente baja y los consecuentes síntomas.

- Mareos.
- Vértigos.
- Presión baja.
- Desmayos.

La afluencia de sangre es mayor en los lugares donde puede ser necesaria, quedando de esta forma con menor riego sanguíneo el resto del cuerpo. Se pueden producir así:

- Hormigueo.
- Pérdida de sensibilidad.
- Palidez.

Un tercer grupo de síntomas se explican por los efectos globales aparejados. En primer

lugar, hiperventilar supone un duro esfuerzo físico, sumado al aumento de la temperatura en las zonas más vitales y la puesta en marcha del "sistema de enfriamiento" de nuestro organismo a través de la irradiación de calor por la sudoración y el jadeo (evaporación a través de los poros de la piel y de la boca) y, al final, la aparición de sensaciones, tales como:

- Calor, sofoco y ruborización.
- Sudoración excesiva.
- Escalofríos.

En segundo lugar, los períodos prolongados de sobrerrespiración, sumados al mantenimiento de los músculos estirados y tensos durante mucho tiempo, así como la falta de sueño profundo y reparador; ocasionarán cansancio y agotamiento.

Por último, quienes hiperventilan generalmente lo harán torácicamente, lo cual hará que los músculos pectorales lleguen a cansarse y tensarse. La tensión de los músculos intercostales como consecuencia de hiperventilar implica mantener los pulmones demasiado llenos. Las contracturas en cervicales y dorsales también colaboran a que haya dolor en estas zonas. Habría que sumarle a ello las posturas incorrectas que se toman habitualmente. Por eso es probable que sientan:

- Opresión, dolor o pinchazos en el pecho y dolor en el brazo izquierdo.
- Temblores.
- Pinchazos.
- Parestesias.

Debido a la tensión muscular excesiva, se producen varias de las sensaciones musculares. Así, por ejemplo, el temblor es una forma particular de actividad física que pone en movimiento ciertos músculos y de ese modo se estimula el metabolismo, produciendo energía procesada a través de los nutrientes en proteínas, carbohidratos y grasas, liberados en forma de calor. Por eso el ejercicio físico eleva la temperatura corporal.

El músculo activo metaboliza los elementos más rápidamente que si está en reposo. Recordemos que la ansiedad es una respuesta de activación ante una demanda que requiere de mayores niveles energéticos.

Debido a los efectos de la sobreactivación fisiológica en el sistema digestivo, se producirían náuseas y molestias abdominales.

El temor a las sensaciones hace que sin querer focalicemos la atención sobre nuestro cuerpo, amplificando así la percepción de cualquier sensación física que en períodos normales se nos pasaría desapercibida.

Diagnóstico diferencial entre las sensaciones físicas del pánico y las provocadas por afecciones orgánicas

Para la persona la única evidencia que avala sus temores es lo que siente. Pero sentir algo no es sinónimo de veracidad. Sentir morirse no es estarse muriendo. Temer que algo suceda no es que esté sucediendo. Pensar que se está perdiendo el control no es igual a perderlo. Veamos pues la correlación real con algunas afecciones físicas.

Aceleración del ritmo cardíaco

La alteración del ritmo cardíaco normal recibe el nombre de arritmia. La mayor parte de las arritmias no son peligrosas, excepto en quienes padecen una enfermedad cardíaca subyacente. La angina de pecho o angor se define por el dolor torácico de origen cardíaco, una sensación de dolor, asfixia u opresión bajo el esternón, que puede extenderse desde el pecho hacia el hombro izquierdo, a ambos brazos, cuello y abdomen.

Se puede producir en forma transitoria, dado el estrechamiento de las arterias coronarias. Si la isquemia (ralentización de la circulación arterial) es prolongada, además de la angina podría padecerse el infarto de miocardio, con la consiguiente muerte (necrosis) del tejido cardíaco. Tanto en la angina como en el infarto, su causa se debe a un aporte insuficiente de sangre y, por tanto, de oxígeno en el miocardio, la gran mayoría de las veces provocado por la aterosclerosis, estrechamiento de la arteria por acumulación de placas de ateroma ricas en lípidos como el colesterol.

Dado que existen muchas actividades físicas que exigen un aumento del aporte de oxígeno, así como también el estrés, estos podrían desencadenar la angina. En ambos casos se mejora el dolor con el reposo y la relajación.

Cuando se trata de una real afección orgánica los síntomas físicos no desaparecen tan prontamente tras relajarnos.

Por otra parte, conviene recordar qué papel juega el SNC (sistema nervioso central) en la regulación del ritmo cardíaco, siendo su frecuencia controlada por el sistema nervioso vegetativo o autónomo, de modo que el sistema simpático la acelera y el parasimpático la retarda. Ni la ansiedad, ni el estrés, ni el ataque de pánico provocan el paro cardíaco. Este tiene lugar cuando confluyen alteraciones orgánicas del corazón –en especial, como dijimos, la aterosclerosis– y otros factores como el sobrepeso, el sedentarismo, la ingesta exagerada de alcohol, tabaco u otras drogas, hipertensión, etc.

Los problemas cardiológicos producen casi siempre grandes cambios eléctricos en el corazón, lo cual es detectable a través de un ecocardiograma u otros exámenes cardiológicos. En contraposición, lo único que se observa en el electrocardiograma durante la crisis de pánico es el aumento del ritmo cardíaco.

Asimismo, otros dos problemas orgánicos vinculados a la taquicardia, y que conviene descartar tras el examen médico, son el prolapso de válvula mitral y el hipertiroidismo.

El prolapso de válvula mitral sucede cuando una válvula del corazón (válvula bicúspide o mitral) no funciona adecuadamente, siendo la responsable del pasaje circulatorio.

El hipertiroidismo es el aumento de la función de la glándula tiroidea, y origina trastornos como taquicardia, temblor, adelgazamiento, excitabilidad; pero no es causal de infarto.

Sensación de volverse loco o perder la razón, descontrolarse

Cuando estamos ansiosos también se agiliza nuestro pensamiento para resolver la situación lo más rápido posible. Sin embargo, en la crisis de pánico no hay situación peligrosa a resolver, y toda nuestra atención queda centrada básicamente en lo que estamos sintiendo. Por otro lado, al no liberarnos de la tensión como lo exigiría nuestro cuerpo al luchar o salir corriendo, a la persona se le hace más palpable el desborde psicofísico. Reparemos en que por lo común permanecen quietos, casi paralizados, siendo que las amenazas generalmente tienen que ver con presiones sociales.

Las personas que padecen ataques de pánico no pierden el control, ni siquiera gritan. Muy por el contrario, hay un excesivo control de cada detalle.

Para que se pudiera hablar de pérdida de la razón tendría que suceder que la persona escuchara voces extrañas o pensara cosas que han perdido el juicio de realidad.

No se desarrolla una esquizofrenia por padecer ataques de pánico, imposible.

Además, en los trastornos de origen psicótico confluyen otros síntomas más graves,

como ser el apragmatismo social y laboral, el embotamiento de la afectividad, el desaliño, la falta de interés en temas de índole social, etcétera. Contrariamente, en el trastorno de pánico lo que más se padece es la hiperpreocupación y exacerbada consciencia mórbida (conciencia de enfermedad).

Mareos, vértigos, desmayos

Respecto a los desmayos, es mucho más probable que la persona se desmaye debido a: cambios hormonales, hipoglucemia e hipotensión arterial.

Luego, sí es posible que además de estas causas pueda sumársele mayor ansiedad que aumente aún más la prevalencia de dichos síntomas. Pero de todas formas, aunque la persona se encuentre relajada, los síntomas reaparecerán aleatoriamente, y no correlativamente a estados ansiosos. Eso sirve de cara al diagnostico diferencial.

La presión arterial cuando estamos ansiosos generalmente sube y no suele ser baja, como sucede en los desmayos. Los desmayos pueden ocurrir pero son infrecuentes; es más, las personas que efectivamente se han desmayado más de una vez, comúnmente no le temen a los desmayos; y sí temen las que sienten que les está por ocurrir aunque nunca les haya sucedido. Por otra parte, en caso de que ocurra, el desmayo no es grave. Para empezar, existen pródromos que sirven de aviso para tomar medidas y no lastimarse ante una caída. Y aunque nadie esté para socorrerla, la persona se despierta sola.

Por último, conviene identificar las diferencias existentes entre las sensaciones previas al desmayo y las vivenciadas durante un ataque de pánico. Antes del desmayo se siente un desvanecimiento, un alejamiento progresivo de la realidad parecido a un sueño; por el contrario, en el ataque de pánico la persona está totalmente alerta y atenta al mareo y otras sensaciones acompañantes.

Asimismo, la tensión en la zona cervical de la columna, los trapecios y el músculo esternocleidomastoideo por delante del cuello y los pectorales puede provocar tanto dolor como mareos, debido a la propia contractura o por estar apretando un nervio.

Los mareos y vértigos pueden producirse por diversas circunstancias normales, teniendo un carácter transitorio, pero de prolongarse un buen tiempo o ser muy limitantes, conviene siempre consultar a un otorrinolaringólogo para descartar posibles problemas auditivos.

Los mareos son normales al inclinarnos abruptamente, al realizar giros o movimientos de vaivén. Son frecuentes cuando la persona viaja en barco debido al movimiento de la

marea, en avión tras las turbulencias, o inclusive al ir en auto en una carretera sinuosa y a alta velocidad. En casos leves puede coexistir con una ligera sensación de náusea, pero en cuadros más severos aparecen vómitos, trastornos del equilibrio y de la marcha, vértigo y pérdida de coordinación. Ello se debe a una sobreestimulación de unos diminutos órganos pares, localizados en el oído interno, denominados canales semicirculares. La función de los canales semicirculares es identificar los cambios de posición de la cabeza y enviar esta información al cerebro.

Los vértigos se definen por una sensación subjetiva de giro de objetos y rotación e inestabilidad del cuerpo. A menudo vienen acompañados por náuseas, vómitos, dolor de cabeza y sudoración. Pueden deberse a enfermedades de la corteza cerebral, de la musculatura ocular o del cerebelo, pero lo más frecuente es que la causa resida en una inflamación, infección u otra alteración de estos canales semicirculares del oído interno. En general se trata de procesos transitorios que se resuelven en pocas semanas y que producen un vértigo intenso e intermitente. Otras causas se vinculan a problemas de la columna vertebral, enfermedades como artrosis o procesos degenerativos, como consecuencia de la existencia de unos receptores del sentido del equilibrio localizados en el cuello.

Por otra parte, en la enfermedad de Ménière, que afecta sobre todo a varones adultos, aparecen episodios intensos de vértigo asociados a pérdida de audición y acúfenos (ruidos o pitidos de oídos); es de orden descartar dicha patología al momento de afinar el diagnóstico psicológico.

Ahogo y sensación de atragantamiento

Como veremos en el capítulo siguiente, estos síntomas se explican bien debido a la hiperventilación. Cabe adelantar que nadie llega a asfixiarse, es imposible que eso suceda –ya veremos por qué–. De extralimitarse el ahogo o sensación de asfixia, lo peor que podría ocurrir es el desmayo y este no es peligroso.

Morirse de alguna extraña manera: "que nos dé un colapso nervioso o un síncope"

Ambas ideas carecen de cualquier aval científico, de una crisis de pánico se sale vivo. Cuando un ser humano muere es debido generalmente a varios factores coadyuvantes, y no se ha relatado nunca una muerte por crisis de pánico. A excepción seguramente de que se tratase ya de una persona enferma de cardiopatía u otra afección orgánica; no

obstante, la mayoría de ellas tiene su tratamiento y se puede convivir muchos años con estas patologías, siguiendo obviamente las pautas de rehabilitación adecuadas.

Hiperventilación y crisis de pánico

¡El oxígeno, sutil e invisible conexión inherente a la vida! El control de las reacciones energéticas del organismo dependerá de un adecuado equilibrio entre oxígeno y anhídrido carbónico. Generalmente este se mantiene en forma automática. En ciertas ocasiones cambiamos la frecuencia respiratoria en forma voluntaria, ya sea por ejemplo si estamos buceando o inflando globos, lo que generalmente traerá aparejado algunas pasajeras sensaciones corporales normales, como ser algo de mareo o palpitaciones, que rápidamente el cuerpo vuelve a restaurar espontáneamente.

Respirar demasiado profundamente aumenta los niveles de oxígeno (solo en la sangre) y reduce los de anhídrido carbónico. Pero así también las respiraciones cortas y poco profundas, torácicas, disminuyen los niveles de oxígeno y aumentan los de anhídrido carbónico, creándose también un desbalance: estaríamos así activando nuestro sistema nervioso simpático. Si ello sucede en forma puntual, a corto plazo, naturalmente se volverá a un ritmo regular; el problema surge si ello sucede permanentemente, conformando así un patrón de respiración cercano a la hiperventilación.

La hiperventilación se define como respirar por encima de las necesidades fisiológicas, con un aumento de la frecuencia y la intensidad respiratorias. Cumple una función adaptativa para la supervivencia del organismo en situaciones de peligro real, en las que se respira más rápidamente de lo normal para que los músculos dispongan de oxígeno suficiente en caso de tener que luchar o huir. En tales circunstancias se trata de una sobrerrespiración que el mismo cuerpo requiere.

No obstante, fruto de la sobrecarga de tensiones y exigencias del diario vivir es probable que se acelere en forma crónica la frecuencia respiratoria, es decir se comience a hiperventilar. De igual forma, ciertos estados emocionales como el miedo, la euforia, el entusiasmo, la angustia, el propio "estrés" pueden llevarnos a respirar por encima de las necesidades biológicas. En 7 de cada 10 personas que padecen de ataques de pánico estos son consecuencia de hiperventilar (se han medido los niveles de CO^2 en pacientes con crisis de pánico, encontrándoselo descendido).

El ritmo adecuado de respiración, en reposo, oscila entre 10 y 14 respiraciones por minuto. El marcador biológico de este equilibrio, en contraposición a la creencia popular,

es el anhídrido carbónico.

Cada vez que inhalamos, el oxígeno entra en los pulmones, donde lo recoge la hemoglobina, proteína de la sangre, de color rojo característico, a la que se "pega" el oxígeno, haciendo así que este pueda ser transportado desde los órganos respiratorios hacia el resto del cuerpo, donde lo libera para ser utilizado por las células en sus reacciones energéticas y produciendo un subproducto, el CO^2. Cuando absorbemos mayor cantidad de O^2 y queda disminuido el nivel de CO2, se produce también una pérdida de CO^2 en la sangre, lo que a su vez disminuye el contenido ácido de la sangre, provocando que la misma se vuelva alcalina6 (alcalosis respiratoria); y esta es la principal responsable de las sensaciones corporales producidas.

El equilibrio ácido/base (acidez/alcalinidad) de la sangre es mantenido por el sistema homeostático de la misma que equilibra las cantidades de dos sustancias químicas: el bicarbonato y el CO^2; manteniendo así a la sangre en un determinado nivel de acidez (pH) necesario para que los demás procesos químicos funcionen mejor. Dicho sistema es muy sensible, por lo cual si se producen fluctuaciones rápidas en el pH sanguíneo, estas puedan ser automáticamente suprimidas mediante cambios en la respiración. Es habitual que ocurran estos pequeños cambios en la respiración sin que nos percatemos de ello.

Resumiendo, cuando alguien hiperventila, es decir, sobrerrespira tratando de tomar mayores cantidades de aire, acaba reduciendo la cantidad de anhídrido carbónico o dióxido de carbono (CO^2) en sus pulmones,
desequilibrándose así el sistema homeostático de la sangre. A medida que disminuye el CO^2, un área del cerebro detecta esta situación y empieza a reducir el impulso de respirar. Dicho mecanismo es muy sensible, la reducción del impulso respiratorio puede llegar a niveles muy drásticos, produciendo apneas (la respiración se detiene totalmente durante unos segundos, pudiendo llegar hasta los dos minutos). Esto no es perjudicial y cumple la función de devolver la respiración a su estado normal. Pero si estamos muy preocupados por la cantidad de aire a absorber, nos dará miedo y tenderemos a interpretar catastróficamente lo que nos sucede: "no puedo respirar", "no me entra el aire", "me ahogo", "dejaré de respirar y moriré".

Intentaremos entonces forzar aún más la respiración para que nos entre mayor cantidad de aire, lo cual nos llevará a experimentar tensión, opresión en el pecho y sensación de atragantamiento, entre otros síntomas.

Creándose así un círculo vicioso confirmatorio del temor, donde el mayor esfuerzo realizado que culminara en una apnea pareciera que nos salvó la vida, cosa que no es cierta.

Hiperventilar también ocasionará la constricción o estrechamiento de algunos vasos sanguíneos (así como el estrechamiento de las vías respiratorias) y asociado a ello la hemoglobina se torna más pegajosa, decreciendo de esta forma el riego sanguíneo a ciertas zonas del cuerpo. Además, resulta más difícil liberar el O^2 a los tejidos. Particularmente decrece algo el riego sanguíneo al cerebro y también a otras partes del cuerpo. Paradójicamente, mientras hiperventilar implica mayor oxígeno tomado, menor oxígeno es el que va a llegar a ciertas partes del cuerpo.

Como resultado aparecerán síntomas similares a los experimentados por el estrés o ansiedad: entumecimiento de extremidades, hormigueo, mareo, ráfagas de calor y frío, músculos tensos, debilidad en las piernas, sensación de desmayo, perturbaciones visuales, palpitaciones y aceleración del corazón, nudo en la garganta, temblores.

Dependiendo de otras variables como ser el cansancio, cambios en la alimentación, ejercicio físico, etc., las personas experimentarán dichos síntomas de diferente manera y con intensidad variable.

Cabe agregar que cuando hacemos ejercicio físico también sobrerrespiramos, no obstante las necesidades metabólicas exigen cantidades mayores de oxígeno, razón por la cual no se produce el desequilibrio fisiológico; reajustándose automáticamente la respiración.

Si alguien hiperventila constantemente durante largos períodos o hiperventila varias veces durante breves períodos, el CO^2 permanece constantemente bajo y, por tanto, el pH permanece alto; esto se convertiría en un problema si durara días y días. Para evitar que ello ocurra, el cuerpo hace que el riñón excrete o libere bicarbonato, el cual constituye la otra mitad del sistema homeostático de la sangre, volviendo el pH a la normalidad y restableciendo nuevamente el equilibrio. Como este ha sido restablecido con el CO^2 a niveles bajos, presenta dos efectos principales:

- La respiración continuará a niveles más altos, produciendo agotamiento, ya que se emplean los músculos respiratorios en forma notoriamente excesiva.
- El sistema respiratorio se ha adaptado pero se hace más sensible todavía. Pequeños cambios en el ejercicio físico o por estrés producen grandes incrementos de

respiración, por tanto es más probable experimentar los síntomas.

Todo ello no es perjudicial, de hecho es una adaptación común que ocurre en las personas que viven a grandes altitudes.

Recordemos además que los síntomas de ansiedad pueden a su vez desencadenarse por simple asociación con estímulos percibidos como peligrosos. A veces resulta complicado identificar qué tipo de mecanismo está en juego.

No obstante, lo que debemos tener presente es que si la persona se tranquiliza vuelve su ritmo respiratorio a la normalidad y los síntomas cesan rápidamente.

Una forma de calmarnos es comenzar por una buena y adecuada respiración o algún ejercicio de relajación muscular. En la relajación sucede que disminuyen tanto la necesidad de O^2 como la producción de CO^2 y, en consecuencia, la respiración se realiza adecuadamente.

Resumen

↓

Hiperventilamos.

↓

Aumenta el oxígeno (O^2).

↓

Disminución del anhídrido carbónico (CO^2).

↓

Alcalinidad en sangre.

↓

Hemoglobina más pegajosa.

↓

Constricción o estrechamiento de algunos
vasos sanguíneos y vías respiratorias.

↓

Decrecimiento del riego sanguíneo al cerebro
y otras partes del cuerpo.

↓

Menor cantidad de oxígeno (O^2).

↓

Aumento de la frecuencia cardíaca:
taquicardia, esfuerzo, cansancio.

↓

Síntomas varios.

Las crisis de pánico mientras dormimos

Quien hiperventila tiende a suspirar o bostezar repetidamente y de esta manera "descarga" una gran cantidad de CO^2 muy rápidamente. Si esto ocurre por largo tiempo existe una gran disminución del CO^2 pero, debido a la compensación del cuerpo, un cambio relativamente bajo en alcalinidad. Como consecuencia de ello, los síntomas no

aparecen. Pero como los niveles de CO^2 permanecen bajos, el cuerpo pierde la capacidad de hacer frente a este cambio, entonces, pequeños cambios en la respiración –incluso un bostezo más profundo– pueden ser suficientes para desencadenar los síntomas súbitamente. Esto también sucede durante el sueño y guarda relación con las crisis de pánico mientras dormimos.

A algunas personas las crisis de pánico le ocurren de noche, cuando están plenamente dormidas. La mayoría de las veces, tras un primer episodio debido a diversos motivos, ya sea a consecuencia de cualquiera de los efectos de los cambios respiratorios, o por asociación con alguna pesadilla que les produjo mayor ansiedad de la normal, logrando despertar al sujeto.

La cuestión es que una vez producida la crisis, y sobre una base personal inestable, la misma tiende a repetirse ante circunstancias similares. La predisposición temerosa a dormirse y perder en cierta forma el control que algunas personas manifiestan apenas se acuestan, independientemente del cansancio o sueño que tengan, puede llegar a despabilarlos como forma de evitar dormirse, o iniciarlos intranquilas en el sueño.

Existe la errónea creencia acerca de que cuando dormimos no respondemos al contenido de nuestros sueños y estados corporales. Y si bien la motilidad se haya en estado de reposo, no es algo absoluto, siendo que la profundidad que alcance nuestro sueño, como el contenido de este, no queda exenta de la influencia de otros procesos biológicos, psicológicos o ambientales. Nos comportamos pero bajo otras leyes del funcionamiento biológico, es decir, el cuerpo esta relajado y otros procesos bioquímicos se hacen necesarios para recuperar energía y lograr un sueño reparador. Pero no siempre sucede así y nuestros sueños se ven trastocados en pesadillas o reviviendo difusamente conductas del día que por alguna razón permanecen como restos diurnos. De tal forma que no descansamos en el día ni en la noche. Las consecuencias en todo nuestro cuerpo están a la vista. Pero particularmente el mecanismo que se vio en el apartado anterior puede desencadenarse con relativa facilidad, así como también la sobreactivación asociada al contenido o morfología del sueño.

Parálisis del sueño y sus características

La parálisis del sueño no guarda estrictamente relación con las crisis de pánico, pero sí

se asocia con episodios de ansiedad que pueden afectar la calidad del dormir. Se encuentran englobados dentro del grupo de parasomnias incluido en los Trastornos del Sueño por la Clasificación Internacional de Trastornos Mentales.

Consiste en un estado de semiconsciencia con imposibilidad del movimiento ocurrido en el momento de transición entre el sueño y la vigilia. La persona al querer despertarse no puede expresarse de ninguna manera, no logra pronunciar palabra por más que quiera, ni gritar, y su cuerpo tampoco le responde. Sucede en la fase de sueño REM (su nombre es abreviación de *Rapid Eye Movement*), ya sea al comenzar a dormir o al despertarse. Su duración suele ser corta, entre 1 y 3 minutos aproximadamente, cediendo espontáneamente.

Genera un susto muy grande para quien lo ha experimentado pero en sí mismo no es peligroso, pues los músculos respiratorios siguen funcionando automáticamente. Generalmente se da en personas que están angustiadas o se encuentran bajo presión o estrés y al momento de dormir el cuerpo aún sigue en estado de alerta. Algunos circuitos neuronales siguen sobreexcitados y al producirse algún sueño perturbador o pesadillas, el sujeto puede creer que se trata de una amenaza real, lo cual lo despierta abruptamente para intentar defenderse, pero acaba sucediendo que el cuerpo aún en reposo no logra activarse.

Este suceso puede ocurrir una única vez o bien repetirse, depende en parte del grado de sugestionabilidad de la persona. Se ha cargado de misticismo este hecho, como la idea de tratarse de abducciones de un extraterrestre o la interpretación de que se estuvo al borde de la muerte.

Pero en realidad la falta de respuesta se debe a que el organismo está en un momento de profunda relajación. Se cree que los neurotransmisores GABA y glicina, además de otros neuropéptidos, contribuyen a la disminución de la actividad de la corteza motora.

En cuanto al tratamiento, es fácil: no perder la calma tratándose de un evento temporal, solo se necesita percibir que se está respirando, intentar poco a poco mover zonas del cuerpo como manos, brazos, piernas, ojos. Finalmente, una vez vencido el episodio, conviene levantarse y permanecer bien fresco durante unos minutos antes de volverse a acostar si fuera el caso, para evitar que se repita.

El sueño es un proceso activo generado por la descarga de neuronas específicas, el cual interviene sobre la mayoría de los procesos fisiológicos y psicológicos y a su vez es afectado por ellos. Dicha interacción hace que sea necesario para nuestra salud física y

mental, no en vano el sueño ocupa una tercera parte de nuestra vida. Los estudios de EEG indican la existencia de una reorganización de la actividad cortico-subcortical, no representándose como un estado uniforme.

A nivel fisiológico está conformado por ciclos de ondas largas o sueño lento y ondas cortas de actividad cerebral,7 pasando de la etapa de sueño no REM al sueño REM a través de 5 etapas que se alternan entre sí y duran unos 90 minutos; en una noche pueden darse entre 4 y 6 de estos ciclos. La primera de ellas consiste en un sueño liviano que dura aproximadamente una hora, y es cuando se entra o se sale del sueño, también es posible despertarse fácilmente durante la misma, e incluso pueden darse alucinaciones. A medida que se van sucediendo las etapas subsiguientes, los ojos se mueven más y más lentamente y la actividad muscular se enlentece. Muchas personas a medida que se van relajando, experimentan contracciones musculares repentinas precedidas de la sensación de estar cayendo. En la tercera fase, las ondas efectivamente son más lentas. En la cuarta, la fase más profunda del sueño, donde se dan las ondas delta, se produce una actividad hipersincrónica en todas las regiones cerebrales, es decir, el tono muscular sigue disminuido y no hay tampoco movimiento ocular. No es en esta fase que habitualmente soñamos, pero en ocasiones pueden verse luces, imágenes y figuras y es en esta fase donde se manifiestan los terrores nocturnos y el sonambulismo. En la fase V, sueño REM o también llamado sueño paradójico dado que la actividad cerebral es similar a la del estado de vigilia, predominan las ondas de frecuencia rápida y de bajo voltaje entremezcladas con ritmo theta de desincronización. Llamado paradójico por el investigador Jouvet, dada la atonía muscular: relajación total (típica del sueño profundo) y la actividad del sistema nervioso central (signo de estado de vigilia y de la actividad alerta). También se producen breves contracciones de los músculos faciales y las extremidades. En esta fase se presentarían habitualmente los sueños en forma narrativa, aunque con un contenido argumental caótico o absurdo. También es en esta etapa donde se hace más probable experimentar pesadillas.

Son muchas las incertidumbres aún sobre la función del dormir, sobre todo respecto al tipo y contenido de los sueños; es decir, si estamos o no elaborando emociones, si procesamos aprendizajes, de qué tipo serían, etc. Algo demostrable lo constituyen al menos los tratamientos de privación de sueño en su fase REM para ciertas depresiones, con la finalidad de disminuir la sobreactivación cerebral producida cuando soñamos, obteniéndose como resultado una mayor actividad y excitabilidad neuronal en vigilia.

En términos generales, los beneficios reportados por un sueño reparador son los siguientes:

- Cumple un papel adaptativo, en tanto la función del sueño es un regulador natural y automático de todas las funciones fisiológicas de nuestro cuerpo. Recuperamos energía simplemente al bajar la activación (disminución de la temperatura corporal, la frecuencia cardíaca, la actividad consciente, la motilidad general), permitiendo a nuestro cuerpo descansar y reponerse ante el desgaste de la rutina en vigilia. Restablece el almacenamiento de energía celular y restaura la homeostasis del sistema nervioso central y del resto de los tejidos. Asimismo se eliminan toxinas acumuladas del sistema nervioso.
- En los primeros años de vida juega un papel decisivo en el propio desarrollo del sistema nervioso.
- Se sabe que la necesidad de sueño de una persona oscila según los requerimientos vitales y va acorde a su edad. Así, por ejemplo, un adulto duerme a razón de entre 5 a 9 horas con importantes diferencias relacionadas con diversos factores: actividad intelectual, transcurso de un embarazo, entre otros. En contraposición, la ansiedad, el estrés y el ejercicio físico intenso en horario cercano al momento de dormirse pueden dificultarlo. En el anciano disminuye el sueño profundo y se produce una fragmentación del mismo, dándose lugar a frecuentes despertares. En el niño a partir aproximadamente de los 3 años se reducen las siestas hasta ir desapareciendo, pero durante todo el crecimiento necesita igualmente más horas que un adulto para dormir. En la niñez y hasta la adolescencia tienden a dormir entre 9 y 10 h.
- Desempeña un papel importante en los procesos de aprendizaje y memoria. Supuestamente se consolidan memorias a largo plazo, lo que aparentemente se correlaciona con un incremento de tiempo en la etapa de sueño REM cuando se han realizado tareas de aprendizaje. Asimismo, hay quienes afirman que en dicha etapa se tratarían temas emocionales reprimidos (la investigación habida aún no es concluyente al respecto).

5. Neurotransmisor: sustancia química que interviene en la producción de impulsos nerviosos en las uniones sinápticas entre neuronas o entre una neurona y el órgano que inerva.

6. El término alcalinidad proviene de álcali, hidróxido metálico muy soluble en el agua, que se comporta como una base fuerte.

7. Las ondas son impulsos eléctricos producidos por nuestro cerebro –potenciales de acción– que se transmiten de neurona a neurona llevando información, los cuales mantienen un ritmo. Se conocen 5 ritmos: onda delta, onda theta, onda alfa, onda beta y onda gamma.

IV. TRATAMIENTO

Dejar de justificarse para empezar a entender.
Que ninguna idea, sensación o discurso social,
desestimen *per se* el contacto directo con la experiencia.

Si de psicología hablamos, esta no es una sola

Nuestra ciencia, la psicología, ha de ser un compendio de "saberes" bastante disímiles. Más que hablar de una psicología, tendríamos que decir que existen dos macromodelos teóricos: el modelo Psicodinámico o Psicoanalítico y el Modelo Conductual o Conductista. Ambas corrientes teóricas a su vez se diversifican en diversas posturas psicológicas, donde se pone mayor o menor acento en un determinado aspecto.

Es importante, en pos de la confianza con quien consulta, explicarle desde qué enfoque lo vamos a atender y entender. Es una cuestión de respeto.

La Asociación de Psiquiatría Americana (APA) recomienda desde 1998 la terapia cognitivo-conductual como la línea terapéutica más eficaz para resolver estos cuadros.

En noviembre de 2002 el *Documento de la Sociedad Española para el avance en Psicología Clínica y de la Salud* ratificó el apoyo empírico que avalan los tratamientos conductuales.

En febrero de 2004 el Instituto Nacional de la Salud e Investigación Médica francés (INSERM) publicó un informe acerca de la eficacia de las psicoterapias cognitivo-conductuales sobre las terapias familiares y el psicoanálisis.

La teoría de la conducta humana ha descubierto leyes del comportamiento que intentan explicar, predecir y modificar, si así fuere el caso, el modo en que todos nos comportamos, tanto si estos comportamientos son considerados normales o adaptativos,

como inadaptativos o inconvenientes. Son los mismos principios los que explican a unos y otros. No es una psicología de lo sano o de lo enfermo: sano y enfermo son criterios normativos, no propios de la ciencia.

El conductismo estudia el comportamiento humano bajo los lineamientos del método científico, afinando así el grado de subjetividad y sobreinterpretación que tienen otros postulados psicológicos.

Por otra parte, un individuo será más que una estructura fija e invariable de personalidad; no por ello se convierte en un "perverso polimorfo".8 Las personas se comportan distinto, en distintos ambientes sociales y/o físicos, y en cualquier ámbito podemos afirmar que su conducta es auténtica, es decir, es parte real de sus formas de ser, sentir y actuar. Sin duda, no negamos la existencia de patrones más o menos fijos de comportamiento muy arraigados, ni que estos sean sumamente difíciles sino casi imposibles de modificar.

Un individuo es atravesado por los diferentes contextos en que transita su existencia. El objeto de estudio de la psicología desde esta perspectiva es la interacción entre organismo y ambiente, en esa intersección es que se da la conducta psicológica.

Es de esta forma que las sociedades van configurando, sin pretenderlo, diferentes tipos de desajustes personales según los diversos momentos históricos atravesados.

Relativizar la influencia del pasado en pos del "Yo como contexto"

Desde otros modelos psicológicos estamos acostumbrados a ver cómo el pasado es el elemento determinante del psiquismo de la persona, por lo cual indagar en el mismo tiene por objeto develar algo oculto que nos tiene atrapados en el presente. Desde la psicología conductual, el pasado es importante pero no determinante. La profundidad en la terapia conductual se hace sobre la actualidad del sujeto, y no solamente yendo hacia atrás, pues la explicación de lo que nos sucede guarda relación con muchos otros elementos además de ese pasado que podemos recordar. Por otra parte, el pasado siempre es un pasado presentificado. La teoría conductual ha demostrado fehacientemente que el origen del problema no es lo que mantiene el mismo en la actualidad. Las fobias constituyen un claro ejemplo de ello: se adquieren por condicionamiento clásico, y se mantienen por condicionamiento operante. La explicación de lo que nos pasa hemos de buscarla en el

concepto de aprendizaje. Como ya vimos, se han investigado leyes o principios del aprendizaje que regulan la adquisición y mantenimiento de nuestros comportamientos, sean estos adaptativos y convenientes para la persona, como inconvenientes o inadaptativos; se regirán por iguales principios.

En vez de acentuar invariablemente el peso del pasado en nuestro presente, preferimos hablar del "yo como contexto" haciendo referencia por este al ambiente interno, subjetivo, que llevamos vayamos donde vayamos. La forma inconsciente de percibir y relacionarnos con la realidad, nuestros hábitos, costumbres y justificaciones; para los cuales no hace falta atribuir a estos una "instancia psíquica"; al asignarles tal atributo es como si le adjudicásemos un lugar fijo y predeterminante de otras cosas, poco menos que se mantiene a través de este la idea endemoniada de otra personalidad que tiene una intención oculta para nosotros. Creo que esto ha hecho mucho mal a la psicología y en particular a las personas que más necesitan de ella. Hablar de inconsciente o consciencia para la teoría de la conducta humana no implica instancias, sino cualidades de los procesos que pueden estar más o menos vedados para darnos cuenta.

Breve descripción del proceso psicoterapéutico

Como ya se ha descrito, el trastorno de pánico se define básicamente por la presencia de crisis de pánico recurrentes más el temor y preocupación persistente a volver a padecerlas.

A modo de solución el sujeto intenta erróneamente eliminar o "luchar" contra ello, suprimiendo o evitando la presencia de cualquiera de los estímulos asociados a las mismas, configurando de esta forma un patrón de comportamiento de evitación-escape.

En primer lugar, el abordaje psicológico consiste en brindar una clara información a quien consulta sobre este círculo vicioso del miedo que lo tiene atrapado en sus propias conductas. Asimismo será necesario que el paciente conozca a qué nos referimos cuando hablamos de ansiedad y cuáles son sus mecanismos biológicos naturales. Solo con la simple información de lo antedicho es posible bajar un 50% de la ansiedad de quien consulta.

Seguido a ello, el tratamiento cognitivo-conductual basa su terapéutica fundamentalmente en dos objetivos y procedimientos técnicos:

- La exposición a las situaciones temidas, cuya finalidad de romper el condicionamiento producido, desensibilizando poco a poco los estímulos que se fueron asociando a la respuesta ansiosa.
- La reestructuración cognitiva de los pensamientos catastrofistas del tipo "me voy a volver loco", "me voy a desmayar", "voy a morir", a través de la desliteralización del pensamiento, el diálogo dialéctico consigo mismo y los clásicos procedimientos de reestructuración cognitiva para debatir creencias irracionales.

La reelaboración de los objetivos del tratamiento es de suma importancia para ordenar al paciente. Una cosa será lo que el paciente quiere ("sacarse de encima lo que le aqueja"), y otra distinta el análisis que se desprenda del terapeuta. Habitualmente la "conducta problema" identificada para ser modificada no será seguramente la misma. Será crucial contar con la información más objetiva posible, es decir, adiestrar al consultante a que observe su conducta en vez de seguir intentando explicarla. Que describa qué hace antes de la aparición propiamente dicha del problema –en sus componentes motor, fisiológico, emocional y cognitivo–; dónde ocurre; cómo ocurre específicamente y qué sucede después. En vez de explicarnos más, buscamos describir las condiciones reales de su ocurrencia para poder así intervenir en las relaciones de contingencia presentes que dicho comportamiento guarda con sus determinantes (externos e internos, públicos y privados).

Lo que llamamos técnicamente "análisis funcional del problema" significa qué relación o función guarda el problema con los diferentes contextos en que se expresa.

Es de capital importancia ver las formas de evitación que realiza. Muchas veces las exposiciones no parecen dar el resultado esperado, y el miedo no se mitiga; lo que está sucediendo es que la persona se está exponiendo pero sigue manteniendo una evitación encubierta. Es decir, la persona va a los lugares en que se siente mal, o está en la diferentes situaciones generadoras de ansiedad, está presente físicamente, pero sin percatarse mucho de su conducta interna *"hace de cuenta que no está ahí"* como forma de bajar su ansiedad. Sucede incluso que la persona se pinche o se clave las uñas como forma de distraerse en otra cosa para escapar de los propios pensamientos preocupatorios. Recuerdo el relato de un paciente que me dijo: "Voy al súper y me quedo, paso por las góndolas y leo todo, todo, no me queda nada por leer. ¡Hasta la fecha de vencimiento de las lentejas!". Obviamente, esto distraía su atención de cuál era

la razón de estar allí.

Otra diferencia con el modelo tradicional de la psicología es que la conducta asertiva del consultante tiende a ser reforzada por el terapeuta. Este último siempre ha de estar atento, como modelo de conducta en que se transforma, aprovechando los postulados del modelo teórico conductual del Aprendizaje Imitativo. Por tanto, si bien la sesión se basa en un análisis de las diversas situaciones o eventos que refiere quien consulta, no siempre es así. Prima ante ello la propia interacción terapeuta-consultante, por ende los terapeutas conductuales intervenimos activamente en el escenario clínico al reforzar algunas conductas, así como ignorar e intentar extinguir otras. Y si ello crea malestar al consultante, no lo atribuimos a sus resistencias ni a nuestra contratransferencia sino que forma parte del repertorio de conductas del sujeto y sus marcos de referencia. Para ello el terapeuta también tendrá que tener los propios muy claros, pero no hace falta un análisis profundo e imposible de toda su personalidad, pues trabajamos con un marco teórico-técnico independiente a cómo seamos o nos sintamos. El escenario clínico queda más virgen de interpretaciones dudosas.

Brindar información al consultante

Dar un *feedback* al paciente acerca de lo que le pasa ya lo sitúa en un nivel distinto respecto a lo que le sucede. La información de la que aquí se trata versa sobre todo acerca de cuáles han de ser los condicionantes particulares de su problema de ansiedad, en qué consiste exactamente "tener" ansiedad y, por último, qué hay que hacer para superar el problema.

No obstante, las crisis no han de desaparecer todavía. La respuesta es simple pero muchas veces ignorada: saber acerca de un problema es un buen punto de comienzo para solucionarlo, pero no es la solución; el conocimiento es necesario pero no suficiente para cambiar algo.

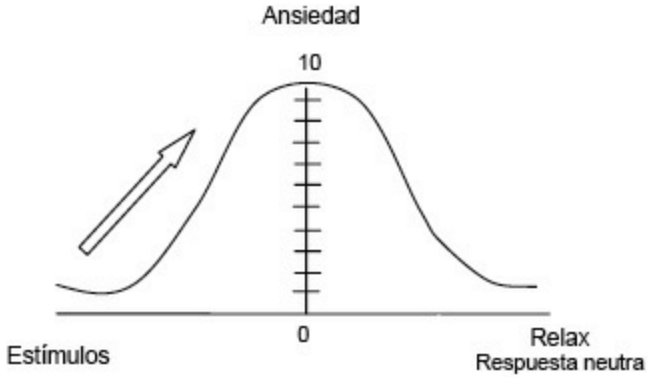
Para el logro de los objetivos estipulados es necesario realizar, fuera de la sesión, tareas encomendadas por el terapeuta de conducta.

La realización de tareas entre sesiones es útil si el paciente deja de ser tal, y se compromete activamente en cambiar su vida y resolver "su" problema. Por otra parte, el alcance de una tarea es muy amplio, a veces simplemente la persona "se lleva" un concepto de la sesión y hace lo suyo propio. Las personas son creativas por naturaleza,

basta estar relajados para pensar mejor.

La curva de la ansiedad

El uso visual de esta curva es innegable. Una manera eficiente para darnos cuenta de cómo nuestro pensamiento tiende a pensar erróneamente que el miedo no tiene fin. Es beneficioso imaginarse la misma cual termómetro de la ansiedad, que en una escala subjetiva de 10 puntos puede resultar muy útil para repasar las veces que sea necesario que la ansiedad no solo no es mala, sino que está regulada por procesos psicofísicos y no puede dispararse como si abriésemos una canilla y dejáramos correr el agua. Tiene un tope, pasado el cual, la ansiedad decrece.



Dado que es saludable ponerle realismo a la situación, cuando hablamos de un nivel 10 estaremos hablando de la peor crisis de pánico experimentada, cuando se tuvo más miedo. Puede haber varias experiencias distintas que sean catalogadas como 10.

Habrán comprobado que más allá de lo peor, solo resta el agotamiento. Nada de lo temido sucede después.

El resto de la puntuación implicará los distintos niveles de tensión, ansiedad y temor experimentados. Han de existir otras crisis de pánico y otros estados de ansiedad que generarán diferentes niveles de tensión; es de utilidad terapéutica que se los identifique y diferencie.

Por lo general los pacientes tienen la percepción de que todas las crisis son iguales, pero no es así. Verán que son muy heterogéneos sus estados aunque por lo general oscilan entre algunos síntomas característicos.

La mayoría de los estados que se experimenten luego de pasado un tiempo serán

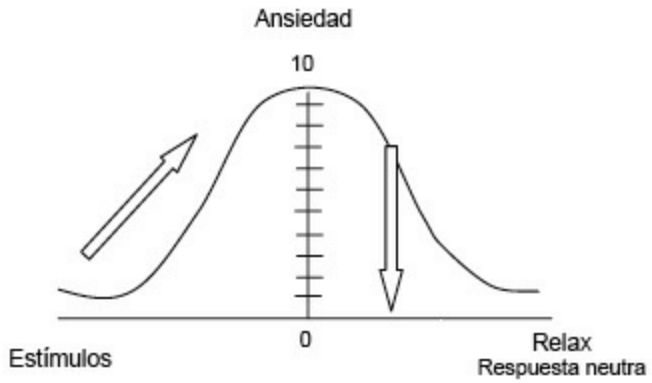
menores a 10, ya que por lo general la persona ha encontrado algún método paliativo (fármacos o evitación) y simplemente es más común que se experimenten algunos de los síntomas de ansiedad aislados y a los que se les tiene gran temor ya que recuerdan a la crisis.

Por convención, digamos que a partir de un nivel 5 la ansiedad experimentada ya empieza a tornarse molesta, es decir, la percibimos como problema.

En el extremo izquierdo de la curva estarían los estímulos asociados a la respuesta de ansiedad y que corresponderán a los de la lista de situaciones o eventos ansiógenos. Estos serán los eventos que iremos progresivamente desensibilizando a medida que nos expongamos.

Dichos estímulos elicitarán distintos grados de ansiedad hasta el máximo de ansiedad experimentada. Pasado ese nivel no hay más; las personas tienen la idea de que la ansiedad o el malestar experimentado continuarán hasta niveles imposibles y, por lo tanto, se evita sistemáticamente lo que es imposible que suceda.

Al evitarse la situación –o tomar un ansiolítico–, baja drásticamente la ansiedad, pero la asociación entre estímulo y respuesta se hará más fuerte. Lo graficaremos en el siguiente esquema:



Recordemos que la ansiedad está regulada por neurotransmisores, fundamentalmente adrenalina, noradrenalina y posteriormente glucocorticoides. Estos se agotan, no es posible su producción por tiempo indefinido. Cumplen una función biológica al funcionar como un sistema de alarma puntual que sirve para un fin –defendernos de un peligro inminente– y luego de un tiempo termina.

Cuando se empieza a experimentar ansiedad, por regla se la evita lo más pronto posible, y de esta forma la persona no se da cuenta de que pasado poco tiempo más la

ansiedad volvería a descender y los síntomas desaparecerían.

En el extremo derecho de la curva la ansiedad es baja. Diríamos que estamos hablando de un estado que, sin llegar a la relajación, podríamos denominar como "normal", o de cierta "indiferencia" ante tales eventos. Lo que se busca a través del tratamiento es que esos mismos estímulos que dispararon la respuesta de ansiedad vuelvan a asociarse a este estado "normal" de activación y que técnicamente vuelvan a transformarse en estímulos denominados neutros, es decir, sin poder de evocar ansiedad. Por ende, perderán su atributo de estímulo.

A medida que nos volvemos a exponer a los E (estímulos elicitadores de ansiedad), buscamos producir un nuevo recondicionamiento o, lo que es lo mismo, reaprender a descondicionar la ansiedad asociada a dichos eventos.

A medida que nos exponemos adecuadamente, en forma progresiva la curva se va haciendo más plana, disminuyendo por ende los niveles de ansiedad ante los mismos estímulos hasta llegar un momento en que la presencia del estímulo no genera nada; se ha cumplido entonces el proceso de reaprendizaje.

Para ello, y como ayuda para hacer más fáciles de llevar a cabo las exposiciones, se trabaja sobre la reestructuración de pensamientos distorsionados y sobre técnicas de relajación y respiración controlada.

Cabe tener presente –un hecho no menor– que el uso de una técnica no es lo importante. Si bien ayuda en este proceso, lo esencial es saber cuál es el punto de enlace con lo que nos pasa, la función que va a cumplir en el momento mismo en que sea útil usarla. Daremos así un giro al pensar los problemas como una oportunidad o la ocasión sin igual para cambiar lo que haga falta cambiar. Sea en la práctica sistemática de relajación si ello hace falta, como sea en el cultivo del maravilloso arte de practicar la indiferencia a nuestros pensamientos preocupatorios.

La actitud que antepongamos será lo que cuente. Entre ignorar evitando e ignorar *ex profeso*, cultivando la indiferencia a determinado grupo de pensamientos, existe una gran diferencia. En un caso, mantenemos el problema, en el otro, quitamos el reforzamiento al mismo. Cuando nos exponemos se pueden ignorar los pensamientos, siempre y cuando sepamos que nuestra actitud es de afrontamiento. Si el pensamiento es más potente y persiste, convendrá adentrarse una vez más en él y reestructurar la irracionalidad del mismo, las veces que sea necesario. Esto es muy productivo dado que el cerebro, debido a su función de entropía (reducción del gasto innecesario de energía), una vez que lo

“ponemos a trabajar”, la próxima vez razonará más rápido al cambio de perspectiva que a los procesos conscientes y las emociones dejarán de ser tan intensas.

Sugerencias generales sobre el procedimiento de exposición

Es común que la persona haya intentado vencer sus miedos haciéndoles frente, de hecho la teoría conductual ha puesto de manifiesto un procedimiento que habitualmente los sujetos realizan por sí mismos. Lo que sucede es que, al no haberlo hecho en forma controlada, existen algunos riesgos de condicionar aún más fuertemente la respuesta de ansiedad. Generalmente ha ocurrido que no se ha dado el tiempo suficiente para permanecer en la situación y comprobar que sus sensaciones disminuían.

Cuando la persona realiza un tratamiento, las exposiciones han de seguir ciertas prescripciones, sumamente útiles, para que las cosas resulten bien. De lo contrario, se podría producir lo que técnicamente se conoce como proceso de *incubación*, es decir, el miedo se hace mayor y más invalidante, superando nuestra capacidad de afrontamiento de la situación y experimentando aun mayor sobreactivación.

No es poco común que los eventos a los cuales la persona se expone resulten excesivos para tolerar la ansiedad. En tales casos se puede comenzar imaginando la situación con el mayor detallismo, experimentar cómo sube la ansiedad, para luego entrenar en relajarse e imaginar asimismo formas más adaptativas de permanecer en la situación.

Pero habrá que tener presente que nunca la “Desensibilización en imaginación” (DS, desensibilización sistemática) supondrá la solución al problema. Para lograr efectivamente que los eventos se descondicionen y pierdan sensibilidad, la exposición ha de ser *“en vivo”*.

El concepto de desensibilización fue originariamente extraído de la dermatología, al estudiar el funcionamiento de los alergenos en el organismo, se descubre que al suministrarlos en pequeñas dosis el cuerpo progresivamente se habitúa y deja de reaccionar ante ellos.

La exposición deberá ser gradual, cuidando de no exponernos a un evento que aún no estemos preparados para enfrentar.

La idea fundamental de las exposiciones para hacer que la curva de la ansiedad vaya progresivamente bajando su pronunciada campana consiste en graduar las exposiciones

de tal forma que "se salga" de la situación ansiógena con menores niveles de ansiedad. De esta forma el cuerpo va desensibilizando dicha respuesta exagerada y retomamos seguridad en nuestro cuerpo.

Los pacientes definen la exposición por lo general como una lucha: "Una parte de mí pensaba racionalmente que no era peligroso lo que sentía y que nada terrible pasaría; la otra, no paraba de anunciarme temores más extremos y eso era en realidad lo que más sentía".

En un principio la racionalidad con la que empezamos a ver las cosas no tiene la fuerza suficiente, es decir, el convencimiento con sentimiento, como para anteponerse al miedo.

Cuando le vamos haciendo frente al miedo, vamos poco a poco comprobando que este se va desvaneciendo y con cada exposición el estímulo elicitará menores niveles de ansiedad.

Para que una exposición sea efectiva hemos de permanecer en la situación que genera ansiedad hasta que esta baje. Pero si la misma resulta intolerable, es igualmente efectivo permanecer hasta que baje un 25% al menos, lo cual sirve a efectos de reacondicionar la respuesta que buscamos.

En ocasiones hace falta salir de la situación generadora de ansiedad o incluso distraernos unos minutos, y luego de reponernos un poco, volver a la misma situación.

La exposición a las propias sensaciones corporales y el miedo a relajarse

Los estímulos propioceptivos constituyen las propias sensaciones corporales que se pudieran asociar con el miedo. A muchas personas el comenzar a relajarse, o inclusive permanecer un rato a solas, las lleva a desembocar en una crisis de pánico. Otras veces la práctica de algún método de relajación trae aparejados los síntomas, dado que nos obliga tácitamente a sentir el cuerpo.

Una de las formas de exponerse a las sensaciones consiste en realizar un ejercicio de hiperventilación. Se lo puede hacer respirando por la boca rápidamente, 30 veces por minuto, durante 2 minutos, llenando completamente los pulmones al inspirar y vaciándolos completamente al espirar. De esta forma estaremos provocando la aparición de síntomas similares a los de las crisis de pánico. Simplemente tomamos conciencia de que constituyen solo sensaciones hasta volver a la normalidad. Si al cabo de unos minutos eso no ocurre, podremos respirar unas pocas veces en una bolsa de papel para

aumentar los niveles de anhídrido carbónico, volviendo así a equilibrar la frecuencia respiratoria. Así cesarán los síntomas, pero luego de haberlos experimentado, por ende recondicionaremos.

Otras formas de exposición interoceptivas pueden ser: ponerse una polera con cuello apretado o una corbata y mantener la lengua apretada con una tablilla de médico, si el síntoma principal es el ahogo; encerrarse en una habitación a una temperatura excesiva de calor; subir y bajar escaleras rápidamente, buscando producir taquicardia; mover rápidamente la cabeza para atrás y para adelante, buscando producir un mareo; mirar fijamente luces brillantes, fluorescentes, o mirar una luz durante medio minuto y luego mirar una pared blanca para experimentar la imagen; concentrarse repitiendo palabras asociadas a las sensaciones temidas y relajarse luego; imaginar las sensaciones temidas recordando la peor crisis de pánico.

Actualidad de la psicoterapia conductual: la Tercera Ola

El tratamiento conductual clásico, tras el procedimiento de exposición, logra en un 75% de los casos la remisión del cuadro ansioso y la rehabilitación a la vida cotidiana normal, porcentaje este de comprobada validación científica que sitúa al tratamiento cognitivo-conductual como línea de cabecera recomendada a nivel mundial.

Sin embargo, existen algunas limitantes que conviene tener en cuenta. Dentro del 25% restante están los "casos complejos" de pacientes en los que la exposición no parece dar el resultado esperado o bien la rechazan. Además, si bien en la mayoría de los pacientes existe una mejoría sustancial de sus incapacidades, muchos de ellos no quedarían libres por completo de síntomas (I. Marks).

Se podría pensar ese espacio terapéutico, de intercambio con la figura del terapeuta, como un nuevo contexto donde se produciría –a veces inespecíficamente– una experiencia de cambio en sí misma que nos cambia la cosmovisión de nuestra vida.

Algunas críticas derivadas del propio modelo conductual replantean estas cuestiones, realizando importantes aportes tanto para la mejor comprensión de los problemas psicológicos como para su terapéutica. Me refiero a la Psicoterapia Analítico Funcional (PAF-Kholenberg, Tsai) y la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT-Hayes, Stroshal, Wilson, Luciano, Pérez Álvarez), desarrolladas a partir de la década de 1990 y provenientes del conductismo radical (Skinner [1953], *Conducta verbal*).

Ambas formulaciones permiten abordar el pensamiento y sobre todo el análisis del lenguaje como elemento de la propia problemática del sujeto, considerando que los problemas psicológicos constituyen un conjunto de prácticas socioculturales en contexto, adquiriendo así la propia relación terapéutica un giro clínico relevante.

En palabras de uno de sus teóricos más representativos, define Hayes (2004a, b) la tercera generación de terapias conductuales:

"Fundamentada en una aproximación empírica y enfocada en los principios del aprendizaje, la tercera ola de terapias cognitivas y conductuales es particularmente sensible al contexto y a las funciones de los fenómenos psicológicos, y no solo a la forma, enfatizando el uso de estrategias de cambio basadas en la experiencia y en el contexto además de otras más directas y didácticas. Estos tratamientos tienden a buscar la construcción de repertorios amplios, flexibles y efectivos en lugar de tender a la eliminación de los problemas claramente definidos, resaltando cuestiones que son relevantes tanto para el clínico como para el cliente. La tercera ola reformula y sintetiza las generaciones previas de las terapias cognitivas y conductuales y las conduce hacia cuestiones, asuntos y dominios previa y principalmente dirigidos por otras tradiciones, a la espera de mejorar tanto la comprensión como los resultados".

La autocrítica planteada viene dada, por un lado, por el hecho de que desde el modelo conductual, al brindar al paciente estrategias de afrontamiento del miedo, cabe la interrogante de si no terminamos aumentando aún más el control sobre los síntomas, sofisticando así el mecanismo de evitación.

Estos modelos tienen en común el considerar el origen de los problemas psicológicos en lo que denominan "evitación experiencial". Las personas cuando nos sentimos mal intentamos suprimir estas emociones, en base a pautas implícitas propias de una convención social determinada. Así pues, nuestra cultura occidental no se cansa en reafirmar a través de sus interlocutores, las personas, frases como: No llores. No sufras. No te hagas mala sangre.

Albergamos la creencia de que "está mal y no es bueno" tener emociones negativas y si estas aparecen hay que eliminarlas cuanto antes.

Todo quehacer científico se sustenta en una filosofía particular. Las terapias de Tercera Generación como filosofía de la ciencia parten de un postulado básico: la vida implica un monto considerable de sufrimiento inherente a la misma.

Por ende, un recurso sano, adaptativo y que nos exime de "agregar" mayor problema

al ya dado, consiste en la *aceptación* de plano de dicho acontecimiento. De esta forma no querremos sacarnos nada de encima, sino que será a partir de allí que nos plantearemos cómo reformular la realidad dada.

El concepto de "aceptación psicológica" permite tomar la nueva situación, vivirla, no querer controlarla ni eliminarla y, "pese a lo que nos esté pasando", no perder de vista las cosas que más valoramos, para sacar fuerza de ello y plantearnos nuevas metas de vida.

Para estos neomodelos conductuales, los propios intentos de solución se convierten en el problema: el control es el problema y no la solución; el intento de supresión de nuestros pensamientos, sentimientos, emociones y sensaciones nos lleva a aumentar su frecuencia.

Un pensamiento catastrofista (me va a dar un infarto*)* relacionado con una brusca taquicardia se transforma en causa del problema no por sí mismo sino a razón de una convención social y cultural, proclive a considerar que las emociones indeseables son la causa de nuestros problemas, y por ende deben ser eliminadas.

Así, el cambio no pasaría por proponerse eliminar la ansiedad o la tristeza, ni por pensar en positivo, sino por encarar o aceptar la ansiedad y la tristeza tal y como son, estableciendo un compromiso para actuar pese a ellas.

Dicho balance entre aceptación y cambio se lograría alterando las consabidas explicaciones que nos venimos dando, pretendiendo no controlar nada y haciendo caso omiso de la literalidad del lenguaje. En las crisis de pánico gran parte del problema comienza por pensar que es peligroso sentir miedo.

Las bases teóricas de la ACT (Terapia de Aceptación y Compromiso) se centran en la importancia del lenguaje como el contexto por excelencia donde se plasma el evento psicológico. La cuestión no está en el contenido (por eso no basta con reestructurar un pensamiento irracional, aunque bien pudiera hacerse) sino en su función.

El lenguaje no es una "cosa" –no importa tanto su contenido literal sino su uso–; es una abstracción de relaciones concretas que establece asimismo relaciones de equivalencia entre diversos fenómenos, mediando el ajuste entre la experiencia directa y nuestro entendimiento.

La conducta psicológica interactiva por definición, distinta de la conducta biológica (reactiva), es inseparable de los eventos ambientales con los que se relaciona, y de allí que adquiera una organización funcional entre las acciones y los eventos y objetos presentes en el ambiente.

Pongamos un ejemplo más específico con relación a las crisis de pánico. A un paciente que frecuentemente experimenta crisis de pánico en reuniones sociales, ante el anuncio de una "reunión de trabajo" sus pensamientos se le dispararán: "te vas a poner nervioso en la reunión", "intentá evitar esa reunión", "cuando estés en ella pasá desapercibido" y "ahora mismo controlá tu ansiedad". Nuestros pensamientos nos sirven para anticiparnos al futuro y cuando ese futuro implica sufrimiento, el lenguaje se convierte en fuente de dolor.

Los hombres tenemos la habilidad peculiar de establecer relaciones arbitrarias entre cualesquiera dos elementos, y en esa habilidad se basa el lenguaje.

Las palabras "reunión de trabajo" elicitarán respuestas, es decir, determinadas funciones en un contexto: "tengo que asistir", con el antecedente de haber experimentado ya ansiedad en otra reunión.

Sin embargo, aceptar la situación comprometiéndonos con nuestras metas podría significar asistir a la reunión por considerar un *valor* el hecho de mantener amistades o por avanzar laboralmente (en tanto objetivo valorado por uno mismo). Decidirnos a ir con determinación, por muy mal que nos sintamos, adquiere un significado distinto. "Seguramente las sensaciones serán tan incómodas e indeseables como antes, pero ha surgido algo que nos hace sentir diferentes, el sufrimiento se presenta con una calidad distinta: con sentido" (Carrascoso).

La acción comprometida con nuestros valores da otra dimensión a nuestro sufrimiento y nos otorga libertad y flexibilidad.

Al cambiar las relaciones de contingencia9 "habladas" o "pensadas" (lenguaje) transformamos su función y ampliamos así el repertorio de posibles respuestas ante las experiencias de la vida y cómo la pensamos.

La propuesta terapéutica va dirigida a tomar conciencia de que un pensamiento no es más que un pensamiento, de que una sensación es solamente una sensación, y una emoción, una emoción.

Resumiendo, seis son los puntos fundamentales de este nuevo abordaje para la vida (no solo para anteponernos a "los problemas"):

- El Yo como contexto.
- Atención enfocada al presente.
- Defusión de pensamiento y desliteralización.

- Aceptación psicológica.
- Acción comprometida con los propios valores.
- Flexibilidad psicológica.

Cuando evitamos directamente la experiencia que se nos presenta ante nuestros ojos, lo que logramos es limitar nuestra capacidad de aprender de la misma, aportándonos algo nuevo. Enfocarse en el presente es una vía regia para actuar en base a lo que solo puede estar ocurriendo ahora; no puede estar en otro lugar temporal. Por tanto, si nos enfocamos en el presente podemos cambiar nuestra relación con las contingencias estereotipadas de respuesta ante las diversas situaciones que nos afectan o afectaron.

Sin pretender negar nuestro florido y maravilloso lenguaje humano ni desconocer su utilidad, podemos asimismo evitar identificarnos con todo lo que nuestro cerebro dice (defusión del pensamiento). De esta manera aprenderemos a ver con claridad un pensamiento ubicado en este mismo presente y la relación que guarda con el mismo.

Valores. Cuando hacemos fuerza para evitar los problemas ya los estamos homologando como tales, a eso nos referimos con el concepto del "Yo como contexto". Las diferentes circunstancias de la vida que se nos presentan no tienen por qué ser vividas como problemas, pueden bien serlo como asuntos a ir resolviendo, que seguramente exijan tiempo de maduración y tiempos de encarar nuevas conductas; y tomar posiblemente complejas decisiones. Podríamos pues tener como parte de nuestra filosofía de vida, convivir amigablemente con las diferentes dificultades o desafíos que la propia vida implica. Así como también y principalmente, no pretender escapar o controlar nuestras emociones indeseables, perdiendo de vista la utilidad de las mismas. Confundidos, paralizados y peleados con nuestras ideas, no podemos tener otro desenlace que quedar presos de nosotros mismos y nuestra incapacidad; echándole por lo demás culpas a la realidad, que hemos transformado nosotros mismos la mayoría de las veces en nuestra enemiga.

Reconducir a los pacientes hacia su dolor no se asienta en un hábito masoquista ni deshumanizador sino, muy por el contrario, sumamente realista; porque este dolor inevitablemente se presentará nuevamente cuando se encaminen hacia lo que realmente desean. Una vieja herida limpia... se transforma en fortaleza de espíritu.

Lo que hace que cobre un poder devastador es el esfuerzo que hacemos por negarla. Muchísimas veces ese dolor de años se ha intensificado no tanto por lo que nos pasó sino

por el refuerzo del mismo invariablemente al recordarlo. Cerrando así las puertas a tomar nuevo contacto con lo que la misma nos posibilita también: el acceso a una consciencia y vida más plena, flexible y equilibrada. Valores que no se aprenden teóricamente.

La activación conductual es otro aspecto del cambio vinculado al compromiso para con nuestras propias metas como primeros protagonistas. Incentivar a las personas a reconocer cuán valientes han sido al reducir la necesidad de evitar sus emociones dolorosas, trabajando en la aceptación y conciencia presente, las coloca en otro plano de acción. Es posible comprender entonces que se puede vivir con ansiedad, dolor o tristeza sin tener una vida desgraciada. Desde esta perspectiva conductual los valores son acciones tomadas conscientemente con el propósito de logro respecto al sentido de importancia que uno mismo les impone.

No existen los atajos para vivir felizmente, será la creación de una idea, de un modo de vida, la responsabilidad tenaz para cada meta, el manejo ansioso de nuestra caprichosa esencia y finalmente el deleite gozoso de haber elegido uno el propio modo de vida.

Al aprender a convivir con nuestros temores, podemos ir más allá de estos y explayarnos a ocuparnos de la "vida toda" que resta por atender. Encarar la vida cotidiana, con sus decisiones y dificultades, comprometidos con nuestra existencia, sin mendigar, envidiar ni perecer a otras realidades. El compromiso es con nuestros propósitos personales y en nuestro dolor encontraremos la fuerza para el cambio.

Cabe, no obstante, tener cuidado de que la experiencia de vivir dicho presente estando más presente, nos lleve paradójicamente a gratificaciones o metas poco altruistas o sensatas, convirtiéndose en sí misma en una poderosa tentación para caer nuevamente en la evitación experiencial.

Dicho todo esto, habremos entendido que no somos víctimas de nada y nadie. Y si lo fuimos, hoy podemos decidir no serlo. La cobardía bien entendida pasa desde el reconocimiento de la misma, sin echarse tierra encima ni regocijarse en el dolor, hacia el desafío de liberarnos de esta. Por flexibilidad psicológica se quiere expresar la capacidad natural de cuestionar lógicamente nuestros puntos de vista, asimilando en ellos el de terceros. Aceptar la realidad tal cual es y estarse agradecido también pese a los pesares. Ser flexibles en cada línea de pensamiento, dialogar dialécticamente con uno mismo y obligarse a ver el punto medio.

Culminación del tratamiento y prevención de recaídas

Las personas que han experimentado una crisis de pánico o síntomas de ansiedad excesivos presentan una predisposición a desencadenar la respuesta de ansiedad con mayor facilidad, siendo posible que se produzca alguna recaída una vez vencido el trastorno.

Si graficáramos en el transcurso de una terapia la evolución del problema que da inicio a un tratamiento con la letra "P", veríamos cómo de ser un problema muy limitante para la persona, a medida que trascurren los meses, ese "problema" va disminuyendo sus parámetros (frecuencia, intensidad, duración, magnitud y morfología) hasta ir desapareciendo. Pero no se lo habrá logrado mágicamente, el proceso de desvanecimiento es paulatino, el progreso no será lineal. La reaparición de una crisis de pánico no es algo peligroso y no se debe tomar como un fracaso ni retroceso del tratamiento. Una posible recaída para quien ha padecido un trastorno de ansiedad, simplemente nos habla de que nadie está libre de experimentar ansiedad, el punto es cómo afrontarla. La recaída sirve de ocasión para volver a ensayar las nuevas conductas que hemos aprendido en el transcurso del tratamiento.

Por tanto, el proceso psicoterapéutico no culmina cuando han desaparecido las crisis de pánico, porque probablemente puedan reaparecer. El fin de una terapia se da cuando la persona que consulta puede hacer frente a los distintos estresores vitales y siente que puede manejarlos. Asimismo, es fundamental evaluar qué metas vitales tiene en adelante, pues el haber estado tan centrado en la crisis hace que queden postergados otros aspectos de su vida, y si estos no se atienden es probable que se mantenga algo del pensamiento rumiatorio preocupatorio.

En paralelo, no podemos dar un alta terapéutica si previamente no hemos asesorado al consultante sobre posibles recaídas una vez terminado el tratamiento.

Por tanto, con fines prácticos la primera forma de desvanecer la posible dependencia con el terapeuta y asegurarnos que el consultante haya incorporado los cambios consiste en espaciar los encuentros, con el posterior seguimiento de la intervención psicológica.

El tratamiento farmacológico

El tratamiento farmacológico es fundamental para aquellas personas que presentan una frecuencia de ataques de pánico muy elevada o están obligadas a permanecer en ámbitos muy asociados a los síntomas.

En estos casos, mientras se trabaja sobre las estrategias comportamentales a modificar –que requerirán mayor tiempo– será de gran beneficio este otro abordaje terapéutico simultáneamente.

Lo ideal es que no se delegue todo el tratamiento a la medicación, pues por lo general los fármacos actúan rápidamente ante los síntomas pero conllevan el riesgo de que la persona no busque otros modos de salir del problema, por lo que dos de cada tres personas que dejan la medicación sin haber generado otras vías de solución al problema recaerán una vez abandonen la medicación.

La combinación de ambos recursos –tratamiento conductual y farmacológico– resulta ser muy beneficiosa en la amplia mayoría de los casos, sobre todo cuando se tiene el trastorno por más de un año. No obstante, de ser posible iniciar un tratamiento sin medicación será sin duda lo más oportuno, dado que tomar un fármaco agrega un nuevo problema: el miedo a dejarlo posteriormente.

No obstante, en casos de ansiedad muy limitante lo ideal es la combinación de ambos abordajes.

Habitualmente, dado que se trata de un trastorno de ansiedad, el fármaco más recomendado por diversos médicos será un ansiolítico. Estos medicamentos, bien dosificados y controlados por el especialista, bajan sustantivamente los niveles basales de ansiedad. El principal riesgo es la dependencia. Generan tanto dependencia psicológica como física significativa, lo que se vuelve un importante elemento en contra para la sanación definitiva del cuadro a futuro.

El ansiolítico deberá ser indicado para tomar en horarios regulares para que este actúe sobre la ansiedad basal. No debe ser tomado a demanda cuando se experimenta un pico de ansiedad; por un lado, esto lleva a una sobrevaloración de las señales del cuerpo, que a su vez actúa como desencadenante para que aumenten los signos de ansiedad; por otro lado, de esta forma disminuye la capacidad del sujeto para hacerle frente al temor.

Por las razones mencionadas y por su comprobada eficacia en estos trastornos, los fármacos indicados, que no generan dependencia física, son los antidepresivos.

La importancia de estos radica fundamentalmente en que logran el beneficio de disminuir los pensamientos rumiatorios sobre el miedo que se habían tornado obsesivos.

Disminuyen así significativamente las crisis de pánico mientras se los administra; sin embargo, una vez abandonados estos pueden darse recaídas, en tanto no se ha trabajado la funcionalidad del trastorno desarrollado.

8. Frase acunada por Sigmund Freud, considerado padre del psicoanálisis.

9. Relación de contingencia: se establece una dependencia entre el entorno, nuestra conducta y la ocasión en que ocurre.

V. VIÑETAS CLÍNICAS

Los contenidos varían…
Sus formas también, pero lo que parece
inalterable es la función.
Dime qué haces y te diré cómo te sientes.

La importancia del diagnóstico precoz

María vino a consulta acompañada de su esposo, quien la aguardaba cada vez en la sala de espera. Tenían un hogar felizmente consolidado con tres hijos, y lograron pese al problema de María, integrarlo a la dinámica familiar. Así por ejemplo, maestra de profesión, trabajaba en su propia casa; su esposo cambió de trabajo para poder acompañarla más, etc.

Su problema se inició a los 22 años, luego de haber tenido su primer hijo. Tras los primeros días, experimentó "algo raro", solo recuerda "esa sensación de ardor en la cabeza y orejas, acompañada de un fuego que le subía por el pecho que acababa en frío sudor"; y ese gran miedo que ocultaba: "estaba perdiendo la razón, se volvería loca...". Su marido la llevó a consultar, le realizaron varios estudios médicos y quedó internada varios días. Finalmente, cuando le dan el alta le dicen que todo fue un problema "de los nervios, que no tenía nada".

A medida que pasaba el tiempo el encierro le resultaba cada vez peor y paradójicamente a la alegría reportada por su primer hijo, la desolación crecía. Consultó a un psiquiatra, quien le ajustó la medicación y a los pocos meses le informaron que padecía de "esquizofrenia". Y durante 17 años quedó suspendido en el aire ese rótulo, pero su vida en el seno del hogar se ajustó.

Fue dejando de tomar ómnibus, se las arregló para que otros llevaran a sus hijos al colegio, se fueron acabando las vacaciones, pocos cumpleaños y nada de fiestas familiares. Se trasladaba en taxi cuando no había más remedio que salir, y siempre acompañada por su esposo. La medicación solo la aliviaba pero no era suficiente para volverla a la "normalidad"; cada salida era un calvario.

La forma de mantenerse más o menos bien era quedándose en su casa. Se trataba de una agorafobia, a esa altura ya sin crisis de pánico. La medicación y la "seguridad" de su hogar la habían mitigado. Pero las secuelas que las crisis habían dejado eran imborrables. Su vida y la de su familia se habían estructurado en función a su trastorno.

Hace no mucho más de dos o tres décadas no era tan infrecuente confundir esta problemática con el llamado "apragmatismo" de las personas que sufren de esquizofrenia, es decir, el "no hacer" y el quedar paralizado, no pudiendo encarar los cotidianos quehaceres normales que supone el diario vivir, ya sea que se vinculen con su actividad laboral, social o demás áreas vitales.

El diagnóstico y consecuente tratamiento temprano puede ahorrar años de pesares y grandes limitaciones. Igualmente, las personas contamos con una capacidad asombrosa de readaptarnos activamente a los diversos avatares que la vida nos presenta y, como se puede apreciar a través de María, más tarde o más temprano es posible recuperar la alegría de vivir.

El electricista no tenía miedo

A sus treinta y pocos años, el electricista acudió a su primera consulta psicológica con gran esfuerzo, dado que vivía en el interior del país y disponía de pocas horas libres. Descreído pero obligado por sus síntomas, pidió ayuda.

Se presentaba bastante retraído, pero en su entorno era pícaro y amigable, muy querido. Llevaba una vida sencilla, con responsabilidades y también libertades. De niño había tenido que desenvolverse bastante solo ya que tenía un padre violento y alcohólico, sobre un escenario de carencias económicas. Prácticamente se había criado con sus abuelos.

En el momento de la consulta ya había progresado significativamente a nivel socioeconómico. Estaba casado y tenía un hijo pequeño, pero la crisis económica del Uruguay en 2002 lo había dejado embretado con una deuda en dólares, por lo que trabajaba sobremanera; lo cual a su vez repercutía negativamente en la relación con su esposa, creando algún que otro conflicto.

Muy capaz en su quehacer, se desempeñaba como encargado de la instalación eléctrica de una planta industrial así como del mantenimiento de la maquinaria. Era frecuente que trabajara doce horas y descansara tres para reenganchar de repente a las cinco de la mañana. Cabe mencionar que el cambio frecuente de horarios laborales interfiere con las horas de sueño y demás rutinas, alterando nuestro ritmo circadiano, necesario para que nuestro cuerpo logre la homeostasis necesaria para equilibrarse. En el caso de Juan, el electricista, ya se podía anticipar un terreno fértil para el desarrollo de cualquier trastorno tanto psicológico como orgánico.

Vino desconfiado a la consulta y contrariado por la falta de tiempo. Y como tantos, no creyendo en la psicología, esta le demostró que no solo su problema no residía donde él creía, sino que ya estaba estudiado, le pasaba a mucha gente y tenía su terapéutica.

Su problema eran los ahogos, el miedo al atragantamiento y la sensación de que se moriría en cualquier momento. Pero solapadamente estaban jugando otras percepciones: “Estoy hecho un viejo, detesto las pastillas pero sin ellas no existo, ni siquiera puedo irme ya a tomar un whisky o salir con mis amigos, no puedo hacer nada de lo que antes me gustaba. Mi vida no tiene sentido”. Y es justamente ante esa falta de sentido en que queda varada nuestra existencia, que el problema toma su lugar y parecería ser el sentido del día a día. “Trabajar mientras pudiera porque no sería un despiolado como su padre”.

Al rastrear el origen del problema, aparecen dos hechos desencadenantes vinculados al trastorno y de suma importancia. Por un lado, una dolencia física debido a llagas en la garganta, con el agravante de recibir durante 20 días, 20 inyectables. Experiencia de la cual recuerda: "No tenían dónde pincharme, tenía hasta las venas hinchadas".

El segundo episodio sucedió dos años después en una consulta odontológica. Tras inyectarle anestesia, comenzó lo que él supuso una "reacción alérgica", consistente en rigidez de brazos y mandíbula, retroversión de la lengua, opresión en el pecho y un fuerte ahogo que le impedía respirar. Indudablemente, su primera crisis de pánico. Con ayuda del dentista, logró sobreponerse. No obstante, al mes y medio comenzaron a repetirse los ahogos, por lo cual terminó varias veces en la emergencia.

A partir de entonces empezó un periplo por distintos profesionales médicos y exámenes varios (estudios de resonancia magnética, tomografía, estudios de sangre, diversos estudios cardiológicos, electromiograma, estudios para descartar alergias), con la finalidad de descartar una posible causa orgánica.

Él no pensaba que ambas situaciones pudieran relacionarse, sin embargo, era clara su sensibilidad a los "pinchazos". Pero el electricista se negaba a comprender que no hacía falta enfermarse orgánicamente para tener crisis sino que estas se podían dar en un organismo sano. Y ni siquiera por causas estrictamente orgánicas sino psicológicas, es decir, debido a nuestro propio comportamiento. Era como si necesitase materializar el hecho para poder aceptarlo. Sus creencias mantenían el problema.

También existían otros agravantes al tratamiento. El que no pudiera poner límites a su trabajo ni a las demandas de su jefe; la dificultad para llegar a acuerdos con su mujer; el abuso de psicofármacos; la carencia de rutinas sanas, como hábitos alimentarios y ejercicio físico; la imposibilidad de reorganizar sus actividades en forma más equilibrada.

Pero, cómo podía entender Juan que tuviera un problema de ansiedad y que lo suyo fueran crisis de pánico o miedo a los síntomas de ansiedad, si él nunca le tuvo miedo a nada. No es que fuera muy valiente, pero se había expuesto desde pequeño a condiciones particulares de vida que lo habían hecho enfrentarse a varios riesgos. Los problemas con su padre, las costumbres de las salidas con amigos, los boliches, las cacerías, etcétera. Incluso de adulto continuaba con la caza de mulitas, se metía solo en medio del monte, linterna en mano: "Podés ver cualquier luz de la nada en cualquier lado o cualquier ruido que nunca vas a saber qué es, pero nunca me pasó nada".

Miedo no era una palabra que le dijera nada, así que, como su terapeuta, tuve que

entender sus códigos y vivencias personales e intentar hablar de lo mismo pero con un contenido que nos convenciera a ambos.

Un día sucedió algo muy triste para él, falleció abruptamente de un infarto el padre de un amigo suyo de la infancia. Toda la vida fue fumador –como él–, inquieto todo el tiempo –como él–, empezó con un dolor en el pecho –como a veces él tenía– y los médicos no daban con el diagnóstico –como en su caso– y Juan no solo sentía una elevada estima por el fallecido sino también una gran admiración. Nunca dijo cuánto le sugestionaban estas similitudes. Indudablemente, más allá de su escasa conciencia acerca de las asociaciones de índole psicológica, este hecho posibilitó hablar más en profundidad sobre sus fantasías de enfermedad.

Él estaba convencido de que hacía tres años –cuando recibió los inyectables– lo habían envenenado. Algo le habían puesto y nunca se lo habían dicho. Por eso le pasaba todo eso. "¡Debía de tener algo raro circulando por su cuerpo!". La irracionalidad en la que caemos tan frecuentemente llega a albergar descabelladas ideas o curiosas fantasías de las cuales ni siquiera una mente muy culta podría deslindarse.

Su risa socarrona aquel día, de quien confiesa lo que oculta, tira por tierra cualquier intento de reestructurar racionalmente dicha creencia. Y el silencio de ambos bastó por sí solo para que ese día se fuera pensando en cuánto habíamos hablado ya. Habíamos creado un discurso en común. Ambos sabíamos que "eso" eran solo palabras. Como dijera Ortega y Gasset: "Las ideas son creencias en las que se está y no pensamientos que se tienen".

A los ocho meses de tratamiento, Juan apenas si mantenía una leve sensación de ahogo ocasionalmente, había vuelto a salir de parranda y tomar whisky –criterio de calidad de vida para él–. Viajaba bien en ómnibus, había vuelto a acampar con su familia y a quedarse una noche en vela pescando.

Amén de su notoria mejoría, aún estaba lejos de dejar completamente el mágico clonapine, el cual le había permitido no abandonar su trabajo en los tres años de padecimiento de su problema y del que mantenía una dependencia física importante, en la medida en que era usado a demanda.

Cuando uno se acostumbra, el cuerpo también se acostumbra. Y si uno ya no toma la droga, el cuerpo se la pide. Ello nos ponía de frente a un nuevo objetivo: cómo saber si era ansiedad condicionada a su temor o síndrome de abstinencia por falta del fármaco. No obstante, el tratamiento es el mismo. Aguantar y esperar que solo disminuyera.

Acostumbrarse una y otra vez a las sensaciones, porque estas no son peligrosas.

Ángela y las caminatas

El proceso de Ángela fue relativamente breve. Literalmente, cuadra por cuadra. Su objetivo se convirtió en "desprenderse del bastón".

Ángela, de 67 años de edad, llegó a la consulta porque sencillamente su marido ya no aguantaba más. Jubilado desde hacía un par años, reclamaba salir un poco de su hogar. Ángela no lo permitía o bien cedía a costa de una discusión marital. Padecía mareos y vértigos que le habían diagnosticado hacía más de veinte años y se debían a un problema auditivo.

Sumado a ello, había generado una gran inseguridad y dependencia de su esposo, y, como consecuencia, poco a poco fue quedando recluida en su hogar, desplazándose casi en exclusividad por su casa con su bastón.

Al cabo de tantos años, lo que había generado era una fobia, consistente en un profundo miedo a sentir esos mareos. En lugares seguros, con el "bastón acompañante" y en presencia de su esposo, nada sucedía.

Se le indicó que lo más pronto posible realizara una nueva consulta con el otorrinolaringólogo, a quien no visitaba hacía años, para reconfirmar la patología orgánica que la afectaba: a esta altura ya había olvidado exactamente qué tenía y se remitía a continuar con una medicación que retiraba su esposo.

Ángela rechazaba la sola idea del examen médico, sentía temor de la sensación con solo pensar que se la pudiesen provocar. Hubo que esperar que se desensibilizara un poco esa incómoda sensación de mareo. No fue sencillo.

El segundo punto de su plan de exposiciones consistió en caminar por su casa paso a paso sin bastón. Paulatinamente, las exposiciones siguientes fueron aumentando el número de pasos hasta que pudo llegar al portón de su casa sola. Después, salir por el portón. Y empezó "la camina-caminata de las cuadras". Cuadra por cuadra iba aumentando, semana tras semana, su desplazamiento. Primero con bastón y cuando ya estaba avanzada la terapia –a los siete meses, aproximadamente–, pudo dejarlo. Ángela se manejó durante todo el proceso con una frase extraída de la película *Qué tal, Bob*: "A mí no me apures porque me asusto; por favor, vamos a 'pasitos de bebé' ". Y esta la acompañó todo el tratamiento, se convirtió en su amiga interna para poder avanzar, paso a paso hasta por fin lograr el gran salto.

La falta de bastón fue sustituida en principio por el brazo de su esposo, para luego dar

sus “segundos nuevos pasos sola”.

Efectivamente, Ángela tenía un problema en el oído interno. Sin embargo, este no justificaba todo su problema de mareos y vértigos: había desarrollado a partir de su afección orgánica, una agorafobia sin crisis de pánico.

Cuando Ángela se ponía nerviosa por algo, se desencadenaba el gran mareo hasta el punto de perder la estabilidad y tener que recluirse un par de días en la cama. Esto la asustaba muchísimo. Había condicionado formas determinadas de mover la cabeza muy lentamente para evitar el vértigo. Lo tenía presente durante todo el tiempo de vigilia.

Al cabo del proceso terapéutico logró aprender a relajarse, a perderle el miedo a esa sensación de flojera que en ella significaba peligro. Sumado a ello, había condicionado el síntoma de despersonalización. Se había llegado a mirar al espejo y encontrarse extraña y todo esto había agravado su angustia.

Finalmente, culminando el proceso terapéutico, logró desplazarse sola y sin problemas por toda su amplia casa y por el jardín, pudo hacer las compras en el barrio y salir de paseo con su esposo sin el bastón. Cuando sobrevenía algún día de esos que solemos denominar “malos”, volvía al querido bastón pero ya no a la cama ni al bajón. Era cuestión de ser un poco más paciente y aceptar su afección orgánica.

Si de asociaciones y condicionamientos se trata

Javier, de mediana edad, trabajó desde pequeño con su padre en el campo. Se diría que lo conocía de memoria. Pero un día, ya de adulto, encargado completamente de las tareas ganaderas, en su recorrida habitual le sucedió un hecho que cambió el curso de su vida. De golpe empezó a faltarle el aire, sentía picazón por todo el cuerpo y una inflamación en la garganta, la lengua y la laringe. Pensó que se moría.

Cuando un peón lo vio, acudió en su ayuda. Finalmente, fue asistido en la emergencia médica, donde le confirmaron que había hecho un shock anafiláctico debido a una picadura de abeja. Una vez que recibió la atención adecuada, el problema quedó resuelto.

A los pocos días volvió sin mayores preocupaciones al campo, tomando a partir de ahí dos únicas precauciones: llevar en su camioneta la inyección de adrenalina subcutánea y corticoides intravenosos que se requiere en caso de shock y tener consigo ineludiblemente su celular encima.

Pasaron unos quince o veinte días cuando, caminando otra vez por el campo, de repente sintió un pinchazo del lado izquierdo del pecho. No pasaron dos minutos cuando comenzó a experimentar la falta de aire y la sensación del pecho apretado. En una fracción de minutos, al darse cuenta de que la camioneta no estaba tan cerca, le siguió una intensa taquicardia, se le nubló la vista y pensó nuevamente que se moriría. Con dificultad consiguió llamar por teléfono para pedir ayuda. Lo socorrieron y lo llevaron nuevamente a la emergencia; un poco más tranquilo, descubrió que tenía una birome del lado izquierdo de la camisa y tal vez no lo hubiera picado ninguna abeja. En la emergencia ratificaron que lo que le sucedió no se debía a una picadura y le dijeron que estaba demasiado nervioso y que era preciso que se tranquilizara, para lo cual le aplicaron un calmante por vía intravenosa.

A este episodio le siguieron otros y el temor fue creciendo. Javier no se convencía de no tener nada: cada vez que estaba solo, se sentía mal. Cuando iba solo en la camioneta se le nublaba la vista y tenía que detenerse.

Finalmente, consultó a un psiquiatra que rápidamente le diagnosticó “crisis de pánico”. Luego de iniciado el tratamiento psiquiátrico continuaron los síntomas de ansiedad, aunque en menor intensidad. No era posible aumentar la dosis farmacológica en virtud de sus responsabilidades laborales.

El tratamiento psicoterapéutico siguió su curso normalmente; pero con Javier no se

podía hablar de entrenamiento en relajación ni de un plan de exposiciones a ser registrado. Simplemente, no se manejaba en forma muy organizada pero su manera campechana, divertida y curiosa, ayudaron notablemente en la superación del pánico.

Un día, en una sesión, le estaba explicando el aprendizaje de las sensaciones por simple asociación con el momento en que tuvo lugar la primera crisis: "Las personas aprendemos, sin siquiera darnos cuenta, a asociar objetos o lugares con sensaciones, o incluso pensamientos. Así, por ejemplo, hay vivencias particularmente intensas que tienen por efecto quedar asociadas a los estímulos donde se dieron la primera vez, más allá de nuestro razonamiento". Se me ocurrió, para ser más gráfica, tomar elementos de su propio entorno.

"–¿Has visto que las vacas no cruzan los alambrados para continuar comiendo el pasto del terreno vecino? Las vacas aprenden por condicionamiento, sin que haya necesidad de postular que poseen una 'mente' o que están pensando. Cuando una vaca se da contra el alambrado electrificado le queda asociada una respuesta de 'dolor' y, simplemente, a partir de entonces no tendrá necesidad de volver a intentarlo. Quedará asociado que ese objeto, el alambrado, genera 'rechazo'.

–Sí, sí –me dijo rápidamente–, claro que lo vi. ¿Y no vio usted lo que hacen con las crías más pequeñas?

–No.

–¡Las vacas más viejas tiran a las más jóvenes para que sean estas las que rompan el alambrado y lo atraviesen!".

Pronto Javier fue intentando exponerse de otra manera a lo que de por sí ya hacía. No había demasiadas situaciones evitadas, a no ser viajes largos, sobre todo si los hacía solo. Y un poco bromeando y otro poco en serio, decía: "Ya no soy el guacho que era, pero que digan que me parezco a una vaca, eso nunca!", y reía.

Histrionismo y pánico

Naharí era una muchacha que desde la primera consulta dejaba ver su interés por llamar la atención: su cabellera a dos colores en tonos rubios –que en Uruguay se usó cinco años después–, su bicicleta subida a un quinto piso donde se hallaba el consultorio, y un *look* despreocupado. Era como si con su deambular estuviera diciendo "a mí no me importa nada". No obstante, nada más lejos de la realidad. Lo que más le importaba era ser reconocida, aprobada, querida. Referenciaba a su madre como una persona que siempre la tuvo en vidriera: "hacete las colitas en el pelo", "no salís si no te ponés esta ropa", "tenés que ser la más linda de la clase, con esos ojos de color cielo que tenés", etc. Así se crió Naharí. Decía "odiar" a su madre, no soportar su superficialidad, no verla ni sentirla como madre; sin embargo, así había aprendido a ser querida. En la niñez no había sido difícil seguir los prerrequisitos de esta madre y en la adolescencia hasta le había reportado cierto éxito social. Pero de cara a la adultez qué podía hacer ante la cruda realidad donde la apariencia ya no lo es todo.

Esa imagen de "niña rubia de ojos claros" hoy le resultaba repudiada. Había estudiado diseño, área creativa, competitiva y exigente, donde logró sobresalir por mérito propio. Pese a ello, los trabajos le duraban poco y, por más de un motivo, no lograba ajustarse. Surgieron los miedos, las inseguridades, las otras figuras competentes que generaban en ella sentirse relegada.

El vínculo amor-odio con sus semejantes parecía repetirse, especialmente con su propio sexo. Resultaba curioso que confiara en mí su tratamiento. Naharí era una muchacha que en el fondo no valoraba ni confiaba demasiado en las personas; quizás debido a que nadie la había valorado profundamente. En algún momento algo se quebraba en los vínculos, aparecían la bronca o los desdenes.

Solo los hombres, a quienes no veía como competencia, parecía que la devolvían a un estado de bienestar y protección, el cual, lamentablemente, no duraba demasiado. Sus demandas de amor, sus celos y la falta de hábitos más responsables para con los quehaceres hogareños ya le habían costado algunos fracasos amorosos. En medio de esta coyuntura aparecieron las crisis de pánico. Fue un día fumando marihuana que "se dio vuelta"; o sea, perdió el control.

Es muy complicado moverse de adulta en un mundo en el que algunos cánones culturales han cambiado mientras que se sigue respondiendo a patrones del pasado.

Resulta curioso cómo los humanos podemos saber mucho sobre lo que nos aqueja e inclusive ser aun más conscientes de las propias conductas no deseadas y, sin embargo, no ser esto suficiente para cambiar de hábitos. Así de caóticos podemos resultar y aunque habitualmente lo denominamos falta de autocontrol, falta de voluntad, va más allá de ello. Estamos faltos de coherencia y urge integrarnos.

No se trata de tendencias masoquistas, simplemente nos comportamos sin ser plenamente conscientes ni autónomos de nuestros actos o pese a esa consciencia; lo que no quita que, debido al peso de las consecuencias desagradables que se producen, vayamos cambiando. Es interesante ver cómo puede jugar nuestra personalidad a favor o en contra de uno mismo y afectar el pronóstico terapéutico.

A partir de que Naharí tuvo su primera crisis de pánico, rápidamente se fueron generalizando a muchos lugares y situaciones: estar sola en el apartamento que compartía con su novio, los lugares altos, permanecer en sitios donde se sintiera comprometida a quedarse, viajar en avión, etcétera.

De hecho, ya manejando los picos de ansiedad y ante la posibilidad de mudarse a vivir a otro país, participó de un programa de tratamiento grupal para personas con fobia a viajar en avión que brindábamos en el Centro Conductual Montevideo.10 Este incluía al final del mismo un viaje puente aéreo Montevideo-Buenos Aires.

En el viaje de ida iba abrazada a mi brazo, semitirada en el asiento, casualmente con una expresión de sonrisa y disfrute en su rostro. Se diría la mezcla perfecta entre miedo y excitación. Lograr mirar para abajo por la ventana del avión, atendida y cuidada no era vivido con pena ni aflicción; pedirle a la azafata que nos sacara fotos a nosotras, al grupo y a ella, fue solo un pequeño agregado.

Esta mezcla de excitación y miedo guardaba relación con un hecho acaecido al inicio de la pubertad. Recordaba cómo al hamacarse sentía una sensación en su cuerpo que le resultaba muy placentera y al mismo tiempo vertiginosa. En cierto sentido ahora lo asociaba al “pánico”, no porque en aquel momento lo fuera sino porque sus crisis consistían en una mezcla de mareo vertiginoso, acompañado de una sensación desde el abdomen que le producía un escalofrío en ambos brazos, quedando “paralizada”.

Como ya mencioné, no le sucedían en todo momento ni en cualquier lugar o circunstancia. Y cuando aparecían, necesitaba urgentemente que alguien la socorriera. No importaba si tenía que parar a cualquier persona en la calle. Preferentemente acudía a su novio y entonces, al cabo de unos minutos, pasaba.

El episodio de la hamaca constituía un muy probable antecedente histórico de condicionamiento de su respuesta de ansiedad. Como pez en el agua, cuán difícil nos resulta salir de nuestro propio ambiente subjetivo; ese entorno intrínseco donde solemos movernos a todo lugar que vayamos.

A Naharí estas crisis, más allá de lo penosas que fueran, en cierto sentido le abrían las puertas a ser "alguien especial" a los ojos de los demás. Conductualmente decimos que era un patrón de conducta que estaba siendo reforzado por las consecuencias que ocasionaba en su entorno. Llamado de atención, sentirse querida, protegida. Justamente por ello algunas de sus exposiciones culminaban por convertirse en una teatralización.

Luego de la crisis sobrevenía el vacío. Estos eran los momentos terapéuticos oportunos para revalorar la importancia de andar por los medios, el fundamental hábito de desarrollar la constancia y, por sobre todo, la conducta paciente y tolerante, en virtud de la aceptación radical de ese vacío que la llevara a una búsqueda más profunda de sus posibilidades de ser.

Pero hasta cuándo el entorno puede continuar reforzando estos comportamientos y cuándo empezará a dejar de interesarse. El miedo aquí cumple otra función, sirve de sostén a otras cosas. Como terapeutas debemos preguntarnos qué mantiene el quietismo del paciente, pues no siempre es que no puede afrontar las situaciones que se le presentan sino que bien puede estar cubriendo otros déficits o problemas no vislumbrados por quien consulta, pese a que verdaderamente sufra. No supone ningún disfrute para ningún paciente, se trata de una forma de quedar atrapados en sí mismos. Y no se trata tampoco de un inconsciente, como instancia psíquica, que se exprese poco menos que malignamente, nadie tiene la intención de dañarse desde este ángulo al menos. Cuando lo hacemos lo hacemos a consciencia. Pero lo que sí nos daña es la repetición de hábitos que son más fuertes que uno mismo. La aptitud para el cambio es sustancial para quien quiera superar los condicionamientos pasados y presentes. De hecho, somos bastante conscientes de las llamadas ganancias secundarias de un problema, solo que, algunas veces, hacemos un gran esfuerzo para ignorarlo.

Muchas veces la realidad nos hace mantener patrones disfuncionales porque en algún sentido hasta puede ser visto socialmente como algo valorado y admirado. Lamentablemente, esto hace más complejo el camino para superar nuestros problemas, que ya no son primariamente de pánico.

De esto hablamos en terapia conductual cuando decimos que tenemos que evaluar qué

función guardan las crisis de pánico en la vida del sujeto y deslindar lo urgente de lo importante. En ocasiones, como con Naharí lo urgente, las crisis había que atenderlas primero, pero no eran lo más importante. Encontrar paz en la vida casi siempre implica una ardua tarea. Pero vale la pena.

Cuando el problema es el control

Cuando Miguel asistió a consulta por primera vez era todo preguntas: "¿En qué consiste el trabajo de ustedes? ¿Cuánto va a durar? ¿Qué es lo que me pasa? ¿Qué debo hacer? ¿Y las técnicas conductuales? ¿Trabajan en relajación, verdad?".

Miguel, de 35 años de edad, desempeñaba un cargo gerencial en una financiera internacional. Estaba superado de responsabilidades: crisis económica y reestructura en la empresa, alternativas laborales personales por si las cosas no iban bien, cambio de lugar de residencia que lo llevara a ampliar su núcleo de amistades, históricos problemas económicos y de salud de su padre, quien padecía esquizofrenia y, como si fuera poco, nuevo embarazo de su esposa.

Pero todo ello no suponía problema para él, pues tuvo que ocuparse desde muy pequeño de tomar decisiones de adulto: colegio al que asistir, internaciones de su padre, cómo administrar el dinero de la familia, etc., estaba acostumbrado al estrés. Lo que sí lo trastornaba, según refería, era el "dolor en el pecho". Al cabo del tiempo se le fue sumando dolor en los brazos, cansancio, malestar estomacal y ocasional taquicardia. La preocupación por llegar a tener un infarto lo hizo someterse a reiterados exámenes cardiológicos, todos los cuales le salieron bien; pese a ello el miedo no se mitigaba. Esto lo desconcertaba sobremanera. Pero lo que era aún peor era la solapada consciencia de llegar a padecer "aquello que tenía su padre", pues cuando le venía el malestar lo primero que le salía al paso para calificar lo que sentía era la misma palabra usada por su padre: la inquietud. De ello era imposible desprenderse, el desasosiego que experimentaba era más fuerte que cualquier lógica.

En palabras de Miguel: "siempre estoy planeando para el futuro... toda la vida viví preocupado por todo y a veces tengo la sensación de que no disfruto del presente. Nunca puedo relajarme completamente. Siempre estoy ocupando roles de responsabilidad. Ahora que estoy más amparado, las preocupaciones siguen solas: si voy al campo, cuidando que no le pase nada a mi familia, trato de razonarlo, es más seguro el campo que la ciudad, pero no, ¡no me siento tranquilo! Si me va mejor que a mi familia, también me siento culpable. El futuro de la empresa, qué pasará; he tomado todas las medidas por si me echan, no nos vamos a morir de hambre ni mucho menos. Igualmente no me calma. Me sigo sintiendo mal, me viene esa inquietud terrible sobre mi pecho y no puedo desprenderme de ella".

Las preguntas continuaron ya iniciado el tratamiento; cuanto más material y orden encontraba, más se frustraba dado que sus síntomas no desaparecían "¿Viviría con ello toda la vida?". Y, entonces, más pedía: "Y, ¿cómo se cambian las emociones? ¿Es posible?".

Hasta la terapia quedaba sujeta al ritmo vertiginoso de sus apreciaciones e intentos de control. Él tenía que tomar conciencia de hasta qué punto este "control" sobre todo lo que pudiera sucederle se convertía en el mismísimo problema.

El raciocinio que siempre lo caracterizó, su exitosa carrera laboral, su familia a la cual amaba, su esposa, sus hijos, su deporte; ¡todo de golpe perdiendo todo sentido! En las mañanas "es como si el sol no saliera más, es como una desazón". "Yo lo razono mil veces y no hay de qué preocuparse, está todo bien, pero no puedo sacarme esta sensación de encima", contó.

¿Por qué sentirse así justo ahora que todo estaba previsto y contemplado? "Prefiero que me digan 'tenés tal cosa' –lo que sea, no importa– a no saber qué es lo que me pasa". No nos bancamos la incertidumbre. El miedo a la incertidumbre y la necesidad de certezas pueden llegar a ser muy limitantes; sobre todo cuando de lo que se trata es de una lógica de sensaciones, no de razones.

El enrolamiento cognitivo consiste en que la persona se enreda tanto en sus propios pensamientos que lo que podía suponer una simple circunstancia de vida a atender, se termina transformando en el gran problema de la vida del sujeto. En Miguel no cabía duda de ello, enredado en sus propios pensamientos, asignándole un valor que no poseían, experimentaba un penoso sufrimiento. Por más tareas conductuales que programara realizar, sus intentos de solución eran parte misma del problema.

En estos pacientes el mecanismo psicológico del pánico pone en evidencia dos aspectos fundamentales que han venido a develar las llamadas terapias de Tercera Generación: la literalización del pensamiento y la fusión del Yo. En palabras no técnicas, la persona cree que lo que piensa es lo que es, aunque no medie de hecho ningún análisis cabal y profundo sobre cómo procesa dichos pensamientos. Y, por encima de ello, considera que ella –su persona– es así. Esto supone un error garrafal dado que el cerebro es un órgano más de nuestro cuerpo y tiene por función asociar. Depende de "cómo lo alimentemos" –qué emociones predominantes se nos estén activando, qué circunstancias externas, qué variables orgánicas nos afecten, qué conductas de autocuidado realicemos y cuáles no, qué nos cuenten los demás, qué imágenes nos queden, etc.–, nuestro

cerebro asociará con una determinada tendencia a posteriori. Será muy distinto nuestro pensamiento estando de viaje y pasándola fantástico a vivir un duelo por una ruptura de pareja.

Y el punto interesante a considerar aquí es que no todo lo que al cerebro se le ocurra "pensar" (asociar) es sinónimo de análisis. Así como tampoco tener una taquicardia es sinónimo de ataque al corazón. Son nuestros órganos funcionando ante diversas circunstancias. La desliteralización del pensamiento y la defusión del Yo son procedimientos de cabecera en muchos de los tratamientos conductuales de hoy día, pero, más allá de ser vistos a la luz de procedimientos técnicos, se ha elaborado toda una teoría, un modelo teórico que implica una concepción más amplia de la vida.

El grupo habló a través del relato de Sofía

Pasadas las vacaciones, se reinició la terapia de grupo. Después de los afectuosos saludos se instaló un gran silencio. La mayoría de los integrantes del grupo estaban expectantes. Hasta que Sofía rompió el hielo: "No he hecho nada, me olvidé del grupo". Y todos rieron; el grupo confirmaba. Nadie había hecho tareas terapéuticas.

Se percibía el miedo a defraudar, a tener que responder en la forma que creen que se espera de ellos. Las "culpas", siempre las culpas por todo lo que hagamos, siempre echarse tierra encima. Urgía que cambiasen esa percepción tácita de sí mismos tras nuestra intervención,[11] de lo contrario la complicidad silenciosa del mismo grupo ratificaría. Poner en palabras, máxime cuando son varios otros los que escuchan, hace que las propias palabras se sientan un poco distintas.

Las tareas terapéuticas no pueden convertirse en un obstáculo en nuestra cotidianidad, ni ser vistas como un deber, se supone que tienen un sentido en procura de lo que desea lograr el consultante. Hemos de hacer cosas distintas para sentirnos diferente, aunque ello suponga cierto esfuerzo por deshabituarse a la rutina. Pero dicho esfuerzo no puede superar el bienestar luego de realizada una tarea: de lo contrario pasaría a experimentarse la nueva conducta como castigada (uso técnico del término) o bien, poco reforzante, por lo cual iría en sentido contrario de lo que buscamos: instaurar comportamientos nuevos.

En no pocas ocasiones los terapeutas tenemos que indagar, antes de prescribir tareas terapéuticas, el sistema de creencias que el consultante posee sobre el mismo proceso de cambio.

Sofía continuó hablando, dijo que iba a ser sincera, que habían pasado un montón de cosas: se había ido a vivir finalmente con su novio; había encarado hablar a sus superiores en el laburo, lo cual le reportó un aumento salarial y se estaba animando a decir más lo que pensaba a su familia.

¡Qué distancia nos separa de nosotros mismos a veces! ¡Cómo puede decir de ella que no había hecho nada! Indudablemente había hecho "cosas". El manejo asertivo en nuestros vínculos constituye un medio idóneo para autoafirmarse y solucionar problemas, disminuyendo así niveles basales de ansiedad.

Esta misma conducta la repitió al narrar su nueva situación de convivencia. Ninguno de los dos lo había hablado, simplemente convivieron, se fue quedando y quedando... Quizás este fuera también parte del problema de Sofía: las cosas sucedían sin saber bien

a qué atribuirlas. Cuando surgía un problema, se hacía difícil atribuirlo a algo. Entonces se le hacían intolerables y ahí por lo general explotaba.

Cuando un integrante del grupo le dijo: "Todas cosas positivas", ella hizo una pausa y dijo con cara de sorpresa: "Sí, la verdad que sí".

Una clara muestra de algo que nos sucede a todos los mortales generalmente: sopesamos más nuestra vida cuando las cosas andan mal, pero cuando andan bien seguimos de largo. Por eso, entre otros aspectos, los terapeutas conductuales hemos rescatado el papel que juegan las emociones catalogadas como negativas (respecto a cómo nos hacen sentir y no porque intrínsecamente lo sean). Gracias a que nos sentimos mal podemos darnos cuenta de errores en nosotros mismos o, con las propias circunstancias de vida, tomar impulso y hacer algo con ello.

Pero qué ha hecho Sofía para andar bien, ¿por qué no aparecieron esas terribles crisis de pánico que hacía tan solo cuatro meses padecía todas las semanas? Pensar que era debido a las vacaciones sería no solo muy injusto sino ingenuo.

Entonces agregó: "Ah, me olvidaba… Sí me pasó una cosa, sí, fue raro, un día venía para el shopping en el ómnibus, uno de esos días de terrible calor que hicieron en enero y me empezó a dar algo en la cabeza. ¡No, no puede ser! Era como un fuego acá, en la parte superior de la cabeza. Realmente parecía que se me incendiaba y después algo como que me bajaba. Yo dije: '¡pero qué me está pasando si estaba bien!'. Bueno, revolvía y revolvía la cartera como loca, no sé ni qué buscaba. Al final encontré el celular y llamé a mi novio, me dijo que bajara del ómnibus, que llamara un taxi, yo que no, me habló severo, que cómo iba a andar así… Yo pensaba: 'si hacía dos segundos estaba bien, estaba parada y estaba bien, me siento y empiezo a sentir eso'. Estaba toda empapada, realmente no era un simple sudor. Y pensaba y pensaba: 'no, yo no me bajo, qué voy a hacer ahí en cualquier esquina si bajo, si solo me faltan algunas paradas. Debe ser el calor, no sé, capaz que la presión, pero si yo no tengo problemas de presión...'. Y esperó. Se dio aire con un papel en la cara y llegó al shopping. Una vez abajo, tomó agua, se quedó unos minutos sentada en un muro, respirando mejor. Cuando se repuso, hizo lo que tenía que hacer en el shopping y volvió a su nueva casa con su novio.

Había tenido una crisis de pánico. Sin embargo, su cabeza estaba dejando de pensar en el miedo para prestar atención a cómo resolver la situación sin salir corriendo. No evitaría la experiencia, porque solo esta la llevaría a un nuevo aprendizaje, vivir con un poco más de ansiedad igual no nos quita toda la felicidad. No es el todo en nuestras

vidas.

Y es gracias a su experiencia que el grupo aprende y toma aliento cuando hace falta, reevalúa su situación personal y antes se encamina en procura de sus objetivos. Este es un punto esencial del tratamiento grupal: compartir la experiencia de uno de los integrantes, ver qué de lo propio nos mueve y percibir mejor a cierta distancia. El rumbo de la experiencia de Sofía dio ánimo para que el resto de los integrantes empezaran a pensar mejor qué habían hecho por sí mismos, así como también afinar sus dificultades. No había necesidad de rendir cuentas a nadie, solo estar en lo que se estaba, sin miedo a no ser aprobado o aceptado. Sin competir ni autoexigirse tampoco.

Sofía había hecho un montón de cosas y era sumamente importante que se detuviera a repensar en ello como forma de consolidar y sostener la mejoría. Se hace todo el tiempo, para bien como para mal. Poner las cosas a nuestra medida es clave para crecer personalmente y superarse.

¿Qué sería lo normal?

Se paró, intentó explicarme lo que le pasaba, miró por la ventana, se tomó unos segundos y comenzó: "¿Ves? Es raro. ¡Muy raro! ¿Observas aquellos edificios de enfrente? Si mirás en perspectiva, es como una mezcla de cuerpos superpuestos, con sus distintas dimensiones. Es como si lo plasmara en un dibujo, todas esas líneas entrecruzadas y en diferentes planos, hace que me maree". Quita la vista del lugar. "Yo ya no veo como todo el mundo, ¡ya no veo el mismo horizonte que todos miran!" Sonríe con pena: "Son gajes del oficio. Igual lo disfruto, siempre tuve por hábito captar ciertos paisajes que me generan sensaciones que me transportan de alguna manera. Sencillas fotos *citadinas*. Pero últimamente eso ya no me genera placer, hasta me da miedo. Es como si mirara más allá de lo que veo, si me proyecto un momento me viene eso… No sé qué es; es como si perdiera la lógica. No tengo palabras para explicarlo. Es una sensación, como si estuviera en otro plano, más lejos. Lo peor es… siempre pensé lo terrible que sería perder la razón, pero no es miedo a la locura. Es como una desconfianza en ciertas capacidades en las cuales he confiado sobremanera, ¡y ahora no sé si todo esto es muy real! Cuando me da eso, yo no soy yo, es como si me pusiera el 'piloto automático', doy clases en facultad, asisto a reuniones de trabajo, pero no estoy ahí de lleno, hago todo a la vez. Me pasa hablando en una reunión, la gente no se da cuenta… y yo no sé cómo hago, sigo hablando pero me siento muy mal. Luego, cuando termina voy al baño y trato de restablecerme. Me quedo mal. Es una sensación, no te la puedo describir. ¡No puedo!".

"A veces me da en la mañana o a mitad de la noche, ahí por lo general me descompongo hasta físicamente, empiezo a sentir algo extraño, como que nada es muy real, es una locura pero me viene ese malestar de estómago, como una náusea, como si por un momento perdiera el sentido de la realidad y me desconectara. ¡Es feo!

"¡Dormido, me despierto sobresaltado, hasta he asustado a mi pareja, todo sudado, pero mojado, mojado, con el estómago hinchado, con ganas de ir al baño, ganas de vomitar, y no me puedo levantar porque es como que no llego a despertarme del todo, hasta que ella me despabila realmente y ahí vuelvo. Es realmente horrible. Ella me tranquiliza, voy al baño, me refresco la cara con agua bien fría, me he llegado a bañar. Nunca vomito. Me miro al espejo, sé que soy yo pero es como si no lo fuera, todo me parece extraño, sé que es mi casa, que estoy con ella. Es espantoso, parece que me

estuviera volviendo loco. No sé. Como si se me cayera mi *software*, por momentos pienso qué pasaría si eso sucediese realmente, no sé, son estupideces... lo sé. Pero me ha pasado por la cabeza. La pérdida de la lógica, es como si me llegara a desconectar. Y sé que no me lo estoy imaginando. Siempre me tuve confianza en todo, he sido un luchador incansable, si se me dificultaba en algo, sabía que le daría la vuelta y algo haría, pero perder la inteligencia me asusta. ¡Me da pavor!

”Sé que todo esto es una locura, pero la verdad es que he llegado a tocar el pestillo de la puerta del cuarto de mis hijos y me he dicho ‘esto es real’. ‘Enrique, estás acá’”.

Sintetizando, los síntomas de ansiedad que experimentaba Enrique iban desde la sudoración, el malestar estomacal con sensación nauseabunda, cefaleas y sensación vertiginosa, hasta un malestar más difuso y al que profundamente temía que se experimenta como una pérdida del sentido de realidad, el entorno se vive como un poco extraño, alejado, carente de esa familiar sensación de lo conocido. En él tenía consecuencias muy negativas: depresión, pérdida de confianza en sí mismo y fantasías incurables de enfermedad.

En ocasiones Enrique había llegado a experimentar palpitaciones y cierta sensación de temblor interno. Sin embargo, la gama de sensaciones físicas no era lo que él temía. Podía y de hecho pudo mantener su vida familiar, laboral y social sin grandes limitaciones. Había logrado controlar lo demás; la compañía de su mujer, ir al baño, darse una ducha y mojarse la cara lo restablecían si las crisis ocurrían en su hogar. Si las sufría estando fuera, durante exposiciones públicas vinculadas a los proyectos laborales, las soportaba porque, pese al temor y a la incomodidad, nadie se percataba, entonces intentaba focalizarse más en lo que decía, acortar el discurso y tomar conciencia del lugar donde se hallaba y, cuando dejaba de hablar, podía ir al baño a tomarse unos minutos solo.

Lo que más temía era la pérdida de su capacidad lógica y la sola idea lo desconcertaba. Él, un hombre que había viajado por todo el mundo, que había ganado concursos internacionales, que había participado en eventos de diversa índole, que emprendía proyectos de alta envergadura y riesgo, que no tenía problemas de salud a destacar, que gustaba del deporte. ¿Miedo?

Enrique no había sido miedoso en su vida. Sí era ansioso e incluso de pequeño había vivido situaciones de estrés imborrables: un accidente automovilístico en el que perdió a un familiar querido, una madre muy exigente y hasta hosca en el contacto afectivo y un

padre que no pudo amortiguar los golpes.

Como anticipo ya había tenido una úlcera a los treinta y pocos años, muy probablemente fruto del estrés. No comía si no había tiempo, reacomodaba los horarios del gimnasio si era necesario, no dormía más que tres horas diarias si tenía que terminar algún trabajo o presentarse a un nuevo concurso, hablaba con quien fuera si las cosas tenían que salir ese día, etc.

Con este estilo de vida, ¿no sería esperable que algo sucediera? ¿Realmente es raro suponer un estado de ansiedad? Claro que los síntomas no eran los más típicos, por la sencilla razón que uno teme lo que no controla, lo que sí, no importa.

Sin embargo, la sensación de miedo según la recordaba, o más específicamente la sensación de inseguridad, había nacido en su vida ya de adulto. En un viaje en avión se descompuso, presentando un cuadro de mareos, náuseas y malestar gastrointestinal que mantuvo con menor intensidad un par de días después del viaje. No le dio importancia, lo atribuyó al estrés ya que llevaba a su cargo a un grupo de colegas que participarían de un proyecto de gran envergadura.

Habitualmente los pacientes olvidan, creen olvidar o no quieren recordar algunos trazos de sus vidas. Y es en esa lucha por negar donde más caldo de cultivo se genera. Otras veces, vienen las emociones a recordárnoslo. En Enrique hubo un episodio bastante significativo al respecto. Siendo estudiante de facultad de arquitectura, durante un período de exámenes, se le había puesto en la cabeza el curioso hábito de separar las oraciones en palabras, las palabras en sílabas y estas en letras, llegando así a una pérdida de sentido acerca de lo nominado. No sé decirles si esto tuvo o no algo que ver. Directamente no, pero quedó un rastro de esta idea que ahora cobraba otro sentido. Es imposible rastrear qué peso tuvo cada hecho en particular para generar lo actual.

A veces todo está listo y es como si las piezas de un puzle se juntaran y armaran la escena poco a poco, una posible escena. De hecho, esta curiosa idea es algo que hoy se está trabajando como parte de los procedimientos técnicos para la defusión del pensamiento. Pues una vez que nos repetimos varias veces en voz alta una frase con fuerte sentido emocional para cada uno, tras escuchar lo mismo varias veces, comienza a desprenderse naturalmente la emoción asignada a tal contenido de las palabras que lo nominan. De esta forma es que las palabras y las sensaciones pueden pasar a desasociarse de viejos complejos y traumas, y pasar a ser solo lo que en realidad son: palabras, sensaciones. La peligrosidad o rareza que le adjudiquemos va por nuestra

cuenta. O también de la cultura, que sin duda colabora en nuestro psiquismo, mandando mensajes contradictorios o equívocos sobre el buen vivir.

Enrique tardó tiempo en contar algunas cosas. Por ejemplo, al interpretar la "decodificación de palabras" –como él lo llamaba– como una tendencia masoquista suya de la que no comprendía el porqué, ya que se identificaba con un tipo más dado al disfrute y al entusiasmo. En fin, ambas imágenes de sí mismo habían convivido en él, como tantos normales absurdos que todos albergamos.

Otras veces en terapia hubo que forzar la puesta en palabras donde no había "nada", pura sensación. Únicamente de este modo, obligándolo a nominar, describir y especificar los absurdos, estos caerán por su propio peso. Tanto interés revestía para él "su tema", que culminaba por reforzar sus crisis. Porque no bastaba con exponerse a mirar un paisaje, adentrarse en él, descompensarse y salirse del mismo comprobando que no se había vuelto loco. No bastaba porque él no soportaba tal cambio en sí mismo; no lo toleraba, no soportaba la idea de ser quien creía ser ahora. Aunque ni que hablar que seguía siendo de muchas maneras y ninguna peligrosa. Generalmente no tenemos una clara imagen de cómo somos, pues casi siempre somos un tanto diferentes a como nos vemos y bastante más distantes de lo que podríamos llegar a ser. Es una gran pena que no reparemos en todas nuestras posibilidades y elevemos la vara.

Para terminar y volviendo a Enrique: ¿cómo aceptar que algo que había sido parte de sus gustos, de su disfrute, de su labor, le ocasionara ahora todo lo contrario? No podía entender y mientras más cavilara sobre esa duda seguiría retroalimentando su temor. Un fragmento de una consulta refleja bien este aspecto:

"Vi pasar a un hombre en la calle y pensé: 'pero ¿por qué me pasa esto a mí? ¡Seguro que a él con su vida simple ni se le ocurre pensar así! ¿Cómo lo que hice toda mi vida por elección, de lo que más disfruté y disfruto, puede hoy causarme lo contrario? No puedo comprenderlo'".

Todos necesitamos de ciertas seguridades, que no se sustentan mucho en la lógica pero "sencillamente" funcionan. A Enrique no se le iban a ir sus crisis hasta tanto no dejara de luchar contra la idea de: "por qué a él". La de Enrique es una pregunta mal formulada, ya que aquí no importan tanto los porqués sino los cómo: "cómo" lo estoy manteniendo ahora, porqués hay de sobra.

Cuando ya no hay dónde escapar

Marcelo ya no era el mismo. Un día, estando de vacaciones en Punta del Este, un amigo de la familia le increpó: "Marcelo, qué te está pasando, te conozco bien, no nos pongas más excusas, ¿tenés algún problema con nosotros? ¡Ya no venís más con los viejos amigos, ni siquiera andás en kayak, justo vos que tanto te gustaba!".

Su situación era bastante singular. Generalmente, había sabido arreglárselas bastante bien para disimular el problema que lo aquejaba; por lo que la única que sabía era su esposa. Con "la pastilla feliz" (ansiolítico) arreglaba todo, si se sentía mal, la tomaría y ya estaba, y con eso bastaba muchas veces para que nada sucediera; apenas algún síntoma de ansiedad que tendía a irse. Así funcionaba Marcelo hasta que un buen día algo sucedió: un ascenso laboral.

Contador de profesión, trabajaba para una multinacional y le habían reasignado otra función. Lo que en un principio reportó gran alegría, se convertiría pronto en un problema mayor: los viajes. Las reuniones empresariales se realizarían en el marco de viajes de negocios, lo cual implicaba vérselas con empresarios en lugares abiertos, playas, salidas, etc. ¡Inescapables! Cuántas veces podría salirse de una reunión sin levantar sospechas –se preguntaba–. Una excusa podría poner, cualquiera puede sentirse mal y excusarse unos minutos; pero si me voy y vuelvo, y al rato tengo que irme de nuevo, ¿qué van a pensar? Con esa preocupación llegó Marcelo a consulta.

Comenzaron las exposiciones para descondicionar las sensaciones físicas asociadas a los distintos eventos de su vida. Cuando no se exponía, practicaba relajación, cosa de estar preparado para contrarrestar por sí mismo lo que el ansiolítico hacía por él. Practicaba cada día separarse más y más de las pastillas, para el gran momento: Río de Janeiro, su primera reunión con los empresarios brasileños.

La prueba de fuego la supuso la subida al teleférico. "¿Qué hacer?, ¿subo o no subo? ¡No podré subir de maletín y short de playa! Y si no voy, ¿qué excusas daré?".

Fue radical y subió al teleférico sin pastillas ni traje de vestir, igualito a sus nuevos compañeros; nadie podía imaginar el trabajo interno que estaba haciendo consigo mismo ni la dicha a su regreso. Finalmente, cuando volvió a ver a su amigo desde el kayak, ya sin mochilas, le gritó: "ya está, ¿cómo pude esconderme tanto tiempo?".

El alta terapéutica se la ganó cuando fue capaz de pronunciar "¡y si me viene, qué!". El tratamiento no puede acompañar hasta la última re-exposición que realice el paciente.

El tratamiento muestra el camino, acompaña, pero cuando Marcelo, sin prestar mucha atención a sus palabras, dijo “y si me viene, me viene”, él mismo se estaba dando de alta. Ya no había miedo, era realismo, fue como si se estuviera diciendo: “si me viene no me gustará, pero sé lo que es y sé cómo manejarme en esa situación”. Y cuando esto se piensa es porque ya no hay más miedo al miedo.

No quiero ser más un bicho para mis hijos

El siguiente es un relato bastante fidedigno de una consulta a los seis meses del tratamiento terapéutico de María.

Sé que no me ha pasado más. Ahora puedo agarrar el pestillo de la puerta dispuesta a abrir y no me pasa nada. Puedo salir al jardín y hasta el portón de la calle. Y ya estoy muy alejada de esas primeras exposiciones en la mañana donde me ponía al sol, tomaba algún mate y permanecía sola, aunque sabía que mi familia estaba cerca. Pero yo estaba casi feliz de poder hacerlo: afrontar estar sola sin que el miedo se adueñara de mi cabeza y me descontrolara. Ahora ya lo hago como simple hábito para disfrutar de esa soledad tan necesaria, también para pensarme. Ya puedo andar. Y mi marido ha cambiado de trabajo, por ende, me quedo sola mientras mis hijos estudian.

He vuelto a las reuniones domingueras con mis padres y mis hermanos. Fue el cumple de 15 de mi sobrina, mi esposo trabajaría y no podía pedir libre; toda mi familia me dijo: "Ya no mandás más representantes, vení o te vamos a buscar todos". Llegué, con mis hijos, y hasta la quinceañera estaba esperando para iniciar su cortejo. Fue emocionante, creo que ninguno de nosotros va a olvidar lo que esto costó en nuestras vidas. Mi hijo menor me dijo: "Mirá que hasta las cinco de acá no nos vamos". Y otra vez las "antenas" paradas. Tendré que acostumbrarme por ahora a vivir con ello. A mitad de la fiesta, fuimos al baño con mi hija del medio, le dije: "Estoy como mareada" y no había tomado alcohol, "me siento ensordecida". Me miró y me dijo: "Parecés una vieja mamá, ¡¿no entendés?! Es la música fuerte, ¡estás hecha un bicho!". Era solo eso, un poco de sonido de más, no había peligro, y yo ya no quiero ser más un bicho para mis hijos.

Carta de una paciente a su terapeuta

Quiero contar, quiero decir, antes de que se desvanezca la emoción, qué sentí y aún siento.

Por primera vez en años fui al Estadio y pude permanecer en la tribuna repleta de gente gritando.

Todo fue diferente ahora. Había decidido ya no ir, mis amigas me habían insistido pero dije que no. Llegó el domingo, todos salieron como de costumbre y yo me quedé sola. Sola todo el largo y tedioso domingo. Estaba cansada ya de andar así por la vida, con los únicos afectos al teléfono. Dentro mío me decía "no vayas, te vas a sentir mal, ¿y si me vuelve y me descontrolo?". ¿Si iba y luego me arrepentía? Mejor no, mejor quedarme.

¡Qué sentido tiene arrepentirse cuando no tenemos alternativas! ¿En verdad no las tenía ahora?

Fui. Sabía dónde y a qué hora se encontrarían. Las busqué ansiosamente. No aparecían por ningún lado. Me senté, intenté tranquilizarme. ¿Qué estaba haciendo? ¡Por dios! Cada vez había más gente.

Quería escribir, quería anotar, buscar algún desahogo. Tomé el celular, y escribí: "No se puede estar plenamente en paz evitando la vida".

10. Centro Conductual Montevideo, Asistencia e Investigación en Psicología. Centro especializado en trastornos de ansiedad.

11. Las terapias grupales generalmente se coordinan con dos terapeutas.

VI. MATERIALES DE AUTOAYUDA

Lo que no podemos olvidar acerca de la respuesta de ansiedad

La ansiedad es una respuesta compleja y normal del organismo que le permite adaptarse a los diversos requerimientos del medio. Simplemente para estar de pie y llevar a cabo actividades diarias se necesita que el cuerpo esté activo. Este estado de excitación que posibilita la actividad está regulado fundamentalmente por el sistema nervioso autónomo.

Cuando surge alguna situación peligrosa, el sistema nervioso autónomo se encargará de preparar al organismo para que se defienda. Así, por ejemplo, si somos atacados en la calle por una persona sentiremos cómo nuestro corazón latirá más deprisa, enviando de esta forma mayor cantidad de oxígeno a nuestros
músculos para poder salir corriendo, o bien, de recibir un golpe, estaremos protegidos gracias a la tensión de los músculos que cubren los órganos blandos. Nuestro sistema respiratorio aumentará la frecuencia de ingreso de oxígeno, lo cual, entre otras cosas, permitirá que nuestro cerebro funcione más rápidamente. Los órganos de los sentidos se agudizarán para recibir más información del medio, especialmente la vista y los oídos. Dichos cambios fisiológicos cesarán una vez que el peligro haya desaparecido.

Nuestra reacción ante el peligro puede ser de cuatro tipos: ataque, huida, paralización o adulación. Estas respuestas son compartidas por todos los mamíferos, nadie es inmune a experimentar ansiedad ya que esta es necesaria para la supervivencia.

En la vida cotidiana, la mayoría de las veces no nos enfrentamos a "peligros reales" sino más bien percibidos; sin embargo, nuestro cuerpo se comporta de la misma manera. Una vez que la respuesta de ansiedad se dispara, requiere un cierto tiempo para que vuelva a sus niveles basales.

A nivel descriptivo definimos la ansiedad en sus tres niveles de respuesta: fisiológico, motor y cognitivo. A nivel fisiológico se dan la mayor parte de los síntomas descritos

anteriormente. Se trata, en su mayoría, de respuestas internas e involuntarias.

A nivel motor, hay un aumento del número de comportamientos motores. Por ejemplo, la persona mueve más las manos o las piernas, aumenta el parpadeo, está verborrágica, etcétera. A nivel cognitivo (el nivel de nuestras ideas, pensamientos e imágenes) se observa una aceleración del pensamiento, así como también la interceptación de otros pensamientos. Otras veces, lo que sucede no es que el pensamiento vaya rápido sino que este es lento pero rumiatorio: "no se para de pensar". Son características del pensamiento de una persona ansiosa la preocupación y anticipación permanentes, denominándosele técnicamente: "pensamiento preocupatorio y anticipatorio". Preocupatorio porque aventura hipótesis negativas sobre lo que podría suceder, y anticipatorio en tanto no se guía por lo que sucede en ese momento sino por lo que cree que sucederá luego.

Como consecuencia de ello, el individuo se priva de disfrutar de aquello que está viviendo en el momento, ya que se mantiene proyectado hacia el futuro.

En el caso de las personas que presentan trastornos de ansiedad, podemos homologar la ansiedad al "miedo", con la salvedad de que no siempre experimentar ansiedad será sinónimo de sentir miedo. Así, por ejemplo, los deportistas suelen experimentar ansiedad, reportándoles una emoción de euforia.

En situaciones extremas de ansiedad se producen las crisis de pánico. Una vez aprendida dicha respuesta es difícil, aunque no imposible, desaprenderla. Para ello hay que reexponerse a la sensación de ansiedad en los lugares o situaciones en que esta sucede, permaneciendo allí hasta que descienda sola. Lo peor que podemos hacer es evitar. Lo indicado es tranquilizarse y, una vez que vuelve la calma, ver qué pasos seguir para hacer frente a los diversos "estresores".

Ejercicio de observación

Utilizaremos un registro muy sencillo de tres columnas denominado el "ABC de la perturbación emocional". Técnicamente hablando se dice que una persona está perturbada emocionalmente si experimenta frecuentemente estados emocionales derivados de las tres emociones negativas básicas: ira, ansiedad y depresión.

Lo que interesa graficar aquí es el "hecho activador" de cualquiera de los estados emocionales antes descritos y que nominaremos con la letra A (primera columna del registro). Se trata entonces de identificar un lugar, situación, evento o estado en que se encuentra la persona, previo a sentirse mal. En qué día y hora comenzó.

En B irán los pensamientos automáticos que se nos disparan a partir o en dicha situación. Hay que estar muy atentos a esta columna, no se trata de registrar lo que pensamos de la situación sino de ser lo más literales posible con respecto a "lo que se nos pasa por la cabeza".

Y, por último, en la tercera columna C pondremos las consecuencias emocionales, conductuales y sensaciones que siguen a continuación, es decir, lo que haga la persona luego.

Pese a lo lineal que pueda resultar dicho esquema, es un buen comienzo para describir nuestro comportamiento en situación, en vez de apelar a explicaciones cargadas de subjetivismo. Asimismo, resultará de gran ayuda para ver que la conducta no es al azar, sino que sigue regularidades. Y es gracias a ello que sabremos qué cambiar primero: si es nuestra forma de pensar la que presenta incoherencias; si se trata más bien de emociones exacerbadas; si estamos frente a una situación pendiente de resolución; o si lo que está en cuestión son las consecuencias desajustadas o inconvenientes en relación con la situación dada.

Somos organismos confirmatorios. ¡Una evidencia a favor puede más que mil en contra! Cuando comenzamos a describir nuestra conducta en sus determinantes vemos más claramente que estamos más controlados por nuestros propios pensamientos, por nuestras enquistadas emociones y por las situaciones que se nos presentan de lo que hubiéramos pensado a simple vista.

Ejemplo de hoja de registro para observarse

A **Situación activadora**	B **Pensamientos automáticos**	C **Respuesta emocional y conductual**
Agregar fecha y hora cuando ocurrió el evento disparador	Qué pienso	Qué hago, qué siento

De este registro se pueden desprender algunas preguntas:

- ¿Qué pensamos sistemáticamente? ¿Cuán acertados son estos pensamientos?
- ¿Existen algunas situaciones potencialmente generadoras del problema? De ser así, ¿podríamos afrontarlas de otra manera?
- Si el tema pasa por una interpretación catastrófica de nuestras sensaciones y está claro ya que son producto de nuestro sistema de alarma, ¿sabemos relajarnos? ¿Somos capaces de entrenar una nueva conducta? ¿O es más fácil quedarnos como estamos?
- ¿Por qué no cambio si hay cosas que dependen de mí? ¿Espero que otros hagan por mí?
- ¿Quiénes me ayudan a salir del problema? No quiénes me "protegen" y "me cubren" sino quiénes desempeñan un papel útil para que yo lo supere. ¿A quiénes puedo comentar cómo ha de ser la ayuda que necesito?
- Si aún me quedan dudas respecto a lo orgánico, ¿por qué no ir al especialista indicado para descartar posibles problemas de este tipo? Si este camino ya lo he transitado, ¿qué es lo que pasa? ¿Es que creo que nunca saldré de este estado? ¿Por qué al menos no lo intento? La gente sale de él, ¿por qué yo no?

Procedimientos de control de la activación autonómica

Efectos de la tensión y de la relajación

Orígenes de la relajación

Los diversos procedimientos de relajación podrían remontarse a cinco mil años atrás,

con los orígenes del hinduismo en la India. Con la práctica de la meditación las religiones orientales perseguían tres objetivos: contemplación y sabiduría; estados de conciencia alterados y relajación.

La relajación como técnica y diversas modalidades de control de la activación

En las sociedades occidentales estas técnicas se practican desde hace menos de un siglo. Utilizadas desde el marco terapéutico por la psicología conductual como un procedimiento de modificación de conducta, fueron conceptualizadas en 1929 por Jacobson como "relajación progresiva" y en 1932 por Schultz como "entrenamiento autógeno". En 1958 se las utiliza como parte de otro procedimiento técnico en la desensibilización sistemática formulada por Wolpe como estado incompatible con la ansiedad, buscando desensibilizar los estímulos generadores de ansiedad.

En la actualidad se ha incrementado el interés por estos procedimientos en virtud del conocimiento acerca de las consecuencias negativas de la "tensión" y/o del "exceso de activación" en diversas alteraciones psicofisiológicas (trastornos de ansiedad, fobias, crisis de pánico, obsesiones, trastornos por estrés postraumático, adicciones, trastornos afectivos, trastornos por dolor, hipocondría); en trastornos orgánicos (dolores crónicos o agudos, cefaleas, síndrome premenstrual, colon irritable, etcétera); y en otras dificultades de índole más estrictamente psicológica (inestabilidad emocional, depresión, incapacidad para la toma de decisiones, bajo rendimiento laboral, problemas de conducta –inadaptabilidad–, pérdida de la capacidad de disfrute, etc.).

Entre los procedimientos actuales de control de la activación han de incluirse no solo las diversas modalidades de relajación sino, en especial, la reeducación de una adecuada forma de respiración.

Aumento de la activación y consecuencias

El aumento de la activación no solo es producido por un evento ambiental sino que los pensamientos y las propias sensaciones propioceptivas pueden dar lugar a un aumento de la misma. Los órganos de "choque" o también llamados "órganos blancos", son órganos que han quedado asociados a ser receptores de tensiones, como consecuencia de las diferentes experiencias históricas de aprendizaje.

Al cabo del tiempo se automatiza la respuesta de tensión y se va afectando la función del órgano. A nivel biológico hay acuerdo en destacar la importancia del incremento o

mantenimiento de la tensión muscular en el desarrollo de la activación límbica, neocortical y autonómica.

¿Qué sucede con un músculo tenso?

Los músculos tienen básicamente tres propiedades:

- Son excitables, es decir, poseen la capacidad de responder a un estímulo: golpe, pinchazo, impulso nervioso, etcétera.
- Se contraen y distienden permanentemente, posibilitando de esta forma el movimiento de nuestro sistema óseo.
- Son elásticos, volviendo a su estado normal cuando cesa el estímulo.
- Tienen un tono. La tonicidad es la propiedad de permanecer en semicontracción, lo que posibilita que mantengamos la postura erecta.

Un músculo funciona de la siguiente manera: para contraerse el músculo extrae energía de la glucosa, pero no la obtiene directamente sino que se la provee el trifosfato de adenosina (ATP, principal molécula dirigida a la actividad). Cuando este se acaba se recurre a la glucosa, que en presencia del oxígeno y debido a una serie de reacciones químicas produce ATP y dióxido de carbono.

Cuando la contracción sobrepasa ciertos límites se origina lo que se llama nudo muscular: la tensión queda aprisionada, produciendo el agarrotamiento del músculo.

Esto alterará el delicado equilibrio habitual de contracción y distensión que armoniza normalmente los movimientos.

Un músculo agarrotado queda constantemente en tensión, pudiendo bloquear el músculo en forma de un nudo doloroso, incapaz de relajarse. Así, no llegará suficiente oxígeno al músculo y las reacciones químicas a partir de la glucosa son diferentes. Se forma menos ATP y se acumula un ácido que puede ser responsable de la fatiga muscular.

Es importante saber que la contracción de un músculo produce metabolitos, como el ácido láctico, que deben asimilarse pronto en el torrente sanguíneo; sin embargo, si se sostiene por un tiempo excesivo, el flujo sanguíneo que nutre al músculo queda oprimido y los subproductos de desgaste se acumulan, lo que genera una sensación de dolor.

Así pasa a convertirse el proceso en un círculo vicioso a raíz de la acumulación

continuada de productos de desgaste. El dolor desencadena un espasmo, con nuevas estrangulaciones de suministro de sangre, provocando una acumulación más rápida de residuos irritantes, y aparece mayor dolor.

¿Cómo se revierte el proceso?

Con aplicaciones calientes, masajes y movimientos simples para estimular que circule la sangre, eliminando así las toxinas responsables del dolor. Y, como forma de prevención, relajando nuestro cuerpo diariamente.

Efectos de la relajación:

- Disminución de la tensión muscular tónica.
- Disminución de la frecuencia e intensidad del ritmo cardíaco.
- Aumento de la vasodilatación arterial, con el consiguiente incremento en el riego periférico y en la oxigenación celular.
- Cambios en la respiración con una disminución en la frecuencia, así como un aumento en la intensidad y en la regularidad del ritmo inspiratorio-espiratorio.
- Disminución de la actividad simpática general.
- Disminución en los niveles de secreción de adrenalina y noradrenalina por las glándulas suprarrenales.
- Disminución del consumo de oxígeno y eliminación de anhídrido carbónico sin cambios en el cociente respiratorio.
- Reducción en el nivel de ácido láctico en la sangre arterial.

Alcances y limitaciones de los procedimientos de relajación

Tanto sus alcances como sus limitaciones vienen dados por nuestro propio sistema de valores y creencias como sociedad. Con la práctica de las distintas modalidades de control de la activación aumentan los resultados positivos, tanto físicos como psicológicos. Y sin embargo, no son prácticas usuales en nuestra cultura sino que más bien hemos arribado a ellas como consecuencia de los propios problemas que nuestra sociedad genera.

Por eso es muy importante con fines terapéuticos, reparar en la función que cumplen

estas prácticas; que no han de quedar en una clase puntual de yoga, tai chi, masajes, reiki, reflexología, meditación, sino apuntar a tomar más conciencia de sus efectos beneficiosos, incorporarlos y mantenerlos.

La gran mayoría de las veces tienden a tener un efecto puntual en el sujeto, es decir, se aplican el día y hora estipulados y, una vez que termina la práctica, la persona vuelve a su ambiente y a conectarse con temas o situaciones que la perturban y tensan nuevamente.

El principal beneficio del entrenamiento en relajación está dado por su propio objetivo: enseñar a una persona a controlar su propio nivel de activación sin ayuda de recursos externos como los fármacos.

Su pilar de sustento son las relaciones que guardan: tensión/malestar/mayor perturbación; relajación/alivio de la tensión/más repercusiones positivas. No hay que olvidar que el entrenamiento en relajación ha de ir acompañado de un conocimiento acerca del tipo de estímulos que elicitan la activación y de cómo afrontarlos, pues probablemente si estos no se manejan eficazmente la relajación no será suficiente.

Técnica de minirrelajación (mR)

Esta técnica consiste en realizar una respiración adecuada, es decir, abdominal o también llamada diafragmática.

Se agregan otras consignas para hacer más efectiva la respuesta de relajación.

Como su nombre lo indica, logra niveles bajos de relajación. Pese a ello se ha comprobado en reiteradas ocasiones que es más efectiva una práctica breve y simple que nos permita relajarnos un poco y tomar consciencia de nuestro nivel de ansiedad al cabo del día, que realizar una práctica profunda de cualquier método de relajación si una vez finalizada la misma volvemos a tensarnos por el diario vivir.

¿Cómo hacer la mR?

1. Póngase una mano en la barriga. Ahora saque la barriga lo más que pueda para afuera y luego húndala también lo más que pueda (olvídese de la respiración por ahora, respire como lo hace normalmente).
   Tómese unos minutos haciendo este ejercicio, hasta sentir la sensación física en la zona abdominal de su cuerpo.
2. Ahora sí incluiremos la respiración. Inhale en cuatro tiempos aproximados por la nariz y exhale en seis tiempos preferentemente por la boca. Si le resulta más sencillo y a medida que lo practique, haga más continuos estos tiempos, pues la idea es que el tiempo de exhalación sea el doble del tiempo de inhalación, aproximadamente.
3. El punto esencial de la mR se incorpora recién ahora: cuando exhale dele la orden a todo tu cuerpo –incluida "la cabeza"– de que se afloje. Puede usar también alguna imagen que le sea significativa de un estado de calma y bienestar. Es recomendable asimismo decirse "para adentro" alguna palabra que sea sinónimo de paz, calma, bienestar, relajación, etcétera. La idea es crear un recondicionamiento con dicha palabra, para utilizarla luego en ocasiones donde nos pongamos nerviosos y deseemos mantener la calma.

Algunas de sus ventajas son:

- Es un método muy breve que no es visible para un observador externo, lo que lo hace aplicable en cualquier momento y circunstancia.
- Brinda un rápido *feedback* del nivel de activación experimentado. Es útil para identificar el grado de ansiedad en cualquier momento del día y aflojar así los músculos de nuestro cuerpo tensados innecesariamente.

Relajación muscular progresiva (Rmp)

Sugerencias para el entrenamiento en relajación muscular

Los beneficios de la práctica de cualquier método de relajación han de ser apreciados cuando se entrena sistemáticamente. De ahí que luego sea incorporado en forma automática.El método de relajación que he seleccionado deriva de la técnica de tensión-relajación propuesta en 1929 por Jacobson y denominada "relajación progresiva". La que aquí se expone presenta algunas modificaciones. Se ha reducido el ejercicio a cuatro grupos musculares para su simplificación. Se propone utilizar una forma de respiración abdominal similar a la usada en la "minirrelajación", y es aconsejable "hacer de cuenta" que el aire recorriera partes de nuestro cuerpo, en virtud de que se ha visto que ello aumenta la conciencia corporal.

La he elegido entre otros procedimientos de relajación como, por ejemplo, los que utilizan exclusivamente la visualización o el evocar directamente las sensaciones producidas cuando nos relajamos –calor, pesadez, etcétera–, como la afamada práctica de Shultz, debido al énfasis puesto en diferenciar los estados de tensión de los de flojedad. Identificar ambos estados del cuerpo es fundamental para hacernos más conscientes de ellos y poder apreciar cómo tensamos sin necesidad diversos músculos ante situaciones que no lo requerirían.

Esto por sí solo ayuda a que, una vez identificada la tensión, aflojemos ese músculo sin emplear ninguna técnica. Solo lo aflojamos.

Habitualmente nos damos cuenta de que estamos ansiosos y estresados cuando experimentamos la incomodidad que nos provocan los dolores musculares, el cansancio, la irritabilidad, etc. Pero casi ni reparamos en lo agradable y beneficioso que resultaría vivir más tranquilos. Para que surjan otras emociones más sublimes, para deleitarnos con una melodía, para sentir liviano nuestro cuerpo y para pensar mejor.

Algunas puntualizaciones antes de comenzar nuestra práctica:

Disponer de un tiempo aproximado de media hora a solas y previniendo interrupciones. (Es recomendable apagar los teléfonos, solicitar no ser interrumpido, etc.)

- No practicarla con el estómago lleno.
- No realizarla antes de dormir (a menos que se desee dormir más profundamente).
- La temperatura del ambiente debe ser cálida o bien se puede contar con una manta para cubrirse.
- Recostarse en posición supina, es decir, boca arriba. Se puede practicar en la cama, en el piso sobre un colchón o en un sillón. Lo importante es que la cabeza esté apoyada y no tener ni brazos ni piernas cruzados.
- En caso de dolores corporales fuertes o lesiones no es recomendable tensar con fuerza extrema, basta con sentir un poco de tensión en la zona tratada.
- La tensión de cada grupo muscular es de aproximadamente 10 a 20 segundos.

Relajación muscular progresiva

Este es un ejercicio de relajación muscular profunda. Estirado o recostado, adopte una posición cómoda. Asegúrese de que su cuello y espalda estén apoyados cómodamente. Brazos estirados y apoyados a ambos lados del cuerpo, las piernas también estiradas.

Comience haciendo tres respiraciones profundas como las que realiza cuando hace minirrelajación. No importa si se desconcentra, continúe con el ejercicio y siga con las indicaciones en el punto en que esté.

A continuación realice unos ejercicios de tensión y relajación de diferentes grupos musculares. Es importante que se concentre en las sensaciones corporales, especialmente en la diferencia existente entre tensión y relajación.

1. Relajación de los brazos

Comience apretando el puño derecho con mucha fuerza y mantenga la tensión. Lleve el puño a la altura del hombro de tal forma que tense todo el brazo. Apriete hasta que tiemble el brazo. Mantenga la tensión; note el esfuerzo e incomodidad que le produce esa sensación.

Y ahora afloje. Relájese. Vuelva a una respiración honda, profunda y acompasada mientras deja que el brazo derecho vuelva muy lentamente a su lugar para luego abrir los dedos de la mano.

Deje que el brazo derecho se relaje automáticamente sin ninguna otra intervención de su parte.

Ahora haga el mismo ejercicio pero con el puño y brazo izquierdo. Apriete el puño izquierdo con mucha fuerza, lleve el puño al hombro y tense brazo y antebrazo izquierdos. Mantenga la tensión. Vuelva a notar el esfuerzo e incomodidad que le produce esta sensación.

Es muy importante que note la diferencia existente entre tensión y relajación. Brazo derecho relajándose, brazo izquierdo fuertemente apretado.

Ahora afloje la tensión y relájese. Libere la tensión de su brazo izquierdo, vuelva lentamente a apoyar el brazo en su lugar y abra lentamente los dedos de la mano izquierda.

Vuelva a la respiración honda, profunda y acompasada, inhalando hondamente por la nariz y exhalando por la boca. Su respiración debe ser rítmica y acompasada.

Haga otra respiración profunda, pero esta vez cuando largue el aire haga de cuenta que este le sale por ambos brazos, recorriéndole todo el brazo hasta la punta de los dedos de la mano. De esta forma tomará mayor conciencia de las sensaciones corporales.

La relajación automática es una respuesta que ocurre naturalmente, sin ninguna otra intervención de su parte. Simplemente limítese a sentir las sensaciones que ocurren como consecuencia de la relajación. Puede ser un cosquilleo, un poco más de calor, pesadez, etc. No haga nada. Limítese a sentir.

2. Relajación de la cabeza

Mientras sus brazos se relajan, apriete los dientes de arriba contra los de abajo, de tal forma que tense toda la mandíbula y la boca. Mantenga la tensión, identifique los grupos de músculos de la cara que se le tensan. Focalice la tensión. El resto del cuerpo permanece relajado –lo más relajado que le sea posible– pero la mandíbula y la boca están fuertemente tensas. Ahora aflójese, libérese de la tensión y vuelva a una respiración honda, profunda y acompasada.

Para continuar trabajando sobre esta parte del cuerpo, abra la boca lo más que pueda y luego apriete muy juntos los labios, tense la nariz también. Mantenga la tensión.

Y ahora afloje. Libérese de la tensión y vuelva a respirar honda y profundamente. Siempre inhalando por la nariz y exhalando por la boca.

Ahora pase a los ojos, ¡un punto esencial de la relajación! Apriete los ojos con fuerza hasta ver todo negro. Es posible que le duelan un poco. Ahora afloje la tensión. Vuelva a respirar con normalidad, honda, profunda y acompasadamente.

Volvamos a hacer una respiración profunda, pero esta vez haga de cuenta que el aire le sale por ambos ojos. Vuelva a repetirla y concéntrese en aflojarse. Libérese de las tensiones cualesquiera que estas sean.

Ahora pase a la frente. Arquee las cejas y al mismo tiempo arrugue la frente. Sentirá la tensión en toda la zona de la frente y parte del cuero cabelludo. Mantenga la tensión e identifique los diferentes músculos que se tensan. Y ahora aflójese, libérese de la tensión y vuelva a una respiración muy honda, inhalando por la nariz y exhalando por la boca.

A continuación apriete la cabeza contra el respaldo del sillón o de la almohada de la cama –depende de dónde esté–. Sienta la tensión en toda su cabeza, especialmente en la nuca. Mantenga la tensión.

Y ahora aflójese, libérese de la tensión y vuelva a una respiración honda, rítmica y acompasada, siempre inhalando por la nariz y exhalando por la boca.

Para continuar trabajando sobre los músculos tensos de la cabeza y en especial del cuello, un punto álgido de tensión, levante los hombros como si quisiera tocarse las orejas con ellos. Manteniendo los hombros en alto, respire profundamente y exhale el aire; notará un tironcito en las cervicales. Ahora afloje bajando muy lentamente los hombros.

Vuelva a la respiración honda, profunda y acompasada, siempre inhalando hondamente por la nariz y exhalando por la boca.

A la relajación de ambos brazos se añade ahora la de los músculos de la cabeza. Todo relajándose… brazo derecho relajándose, mano derecha relajándose, brazo izquierdo, mano izquierda, cara, boca, mandíbula, nariz, ojos, frente. Todo relajándose. Cuero cabelludo relajándose, cuello relajándose.

Disfrute y experimente las distintas sensaciones que ocurren como consecuencia de la relajación. No haga nada, limítese a sentir las sensaciones automáticas que experimente.

3. Relajación de la zona del tórax

Apriete la barriga como si se preparase para recibir un golpe. Apriete con fuerza, mantenga la tensión. Ahora afloje, relájese y vuelva a una respiración honda, profunda y acompasada.

Tomando profundamente aire, manténgalo en sus pulmones. Va a notar la tensión creciendo en su pecho. Aguante la respiración unos segundos. Identifique lo incómoda que resulta esta sensación de tensión, note la diferencia existente entre pecho tenso y

brazos y cabeza relajados. Trate de separar y focalizar los distintos grupos musculares. Exhale, relájese y vuelva a una respiración normal, honda, profunda y acompasada.

Por último, incorpórese un poco, arquee la espalda y lleve los codos hacia atrás como si quisiera tocar codo contra codo. Note la tensión que le provoca en toda la zona de la espalda. Puede doler un poco. Mantenga la tensión. Y ahora afloje, libérese de la tensión y vuelva a su posición anterior. Respire con normalidad, siempre inhalando por la nariz y exhalando por la boca.

A la relajación de brazos y cabeza siguen los músculos del tórax. Pecho relajándose, espalda relajándose, abdomen relajándose.

4. Relajación de las extremidades inferiores

Extendiendo ambas piernas, sin flexionar rodillas, lleve las puntas de los pies en dirección a la frente. Notará la tensión en muslos y pantorrillas. Mantenga la tensión en las piernas.

Y ahora aflójese, libérese de la tensión y vuelva a la respiración honda, profunda y acompasada, siempre inhalando hondamente por la nariz y exhalando por la boca.

Para tomar más conciencia de las sensaciones corporales tome aire, pero esta vez haga de cuenta que le recorriera todo el cuerpo y saliera por ambas piernas, hasta la punta de los dedos de los pies.

Ahora haga el mismo ejercicio, pero extienda las piernas y que los dedos de la punta del pie apunten hacia abajo. Volverá a notar la tensión en ambas piernas. Mantenga la tensión por unos segundos. Y libérese, aflójese. Vuelva a la respiración. Haga otra respiración honda y sienta el aire recorriendo nuevamente todo su cuerpo hasta los pies. Vuelva a respirar normalmente, siempre inspirando por la nariz y exhalando por la boca. Todo relajándose.

Por último, tense glúteos y pelvis. Notará que es muy difícil focalizar la tensión solo en esta zona sin que se tensen otras partes de su cuerpo. Inténtelo. Mantenga la tensión y luego afloje, relájese.

Para terminar con el ejercicio de relajación haga una minirrelajación, respire honda y profundamente y exhale sintiendo la liberación de la tensión en su cuerpo. Repítalo tres veces. Cuando termine puede volver a moverse, estírese si lo desea y paulatinamente vuelva a sus actividades habituales.

Algunos consejos útiles para contrarrestar la hiperventilación

1. Observe su respiración a distintas horas del día e identifique los posibles signos de hiperventilación: opresión en el pecho, sofoco, sensación de encierro, necesidad de aire fresco, sensación de ahogo, respirar más rápido, etc.
2. Realice algunos pequeños ejercicios musculares, tirando los hombros hacia atrás para que se estiren los músculos del pecho y el diafragma.
3. Dese la orden de tranquilizarse y concentrarse en sentirlo.
4. Aprenda a volver a respirar como lo hace un bebé recién nacido:

    - Respire diafragmática o abdominalmente. Acuérdese de la técnica de minirrelajación: "4 y 6 tiempos".
    - Con una bolsa de papel o juntando ambas manos y manteniendo los dedos índices y pulgares separados, abra las manos apenas lo suficiente para cubrir boca y nariz. Espire con fuerza por la boca y vuelva a inspirar ese mismo aire por la nariz, lentamente. No repita este ejercicio más de cuatro o cinco veces.
    - Técnicas de inervación vagal. Suponen modos fáciles y rápidos de estimular el nervio vago (o neumogástrico), lo cual permite reducir prontamente ciertas sensaciones corporales, en especial la taquicardia:

        - Presionar sobre un ojo durante la espiración.
        - Masajear la carótida.12
        - Tensar los músculos abdominales e intercostales después de inspirar profundamente. Este procedimiento puede producir un ligero incremento inicial del ritmo cardíaco, seguido por una notable disminución de este.
        - Hacer una espiración forzada con la boca y la nariz cerradas. Esto último se consigue apretando la nariz con los dedos y haciendo como que se expulsa el aire pero sin abrir la boca (en caso de estar engripado no debe realizarse ya que podría propagarse la infección a los oídos).

Es conveniente elegir el procedimiento que le resulte mejor y practicarlo más de una vez al día durante unos pocos minutos cada vez.

Dado que la reducción del ritmo cardíaco puede provocar mareos o, en muy excepcionales ocasiones, desmayos, es recomendable durante las primeras prácticas hacerlo sentado o cerca de un lugar donde pueda reclinarse.

Procedimientos de reestructuración cognitiva

Errores en el procesamiento de la información

Basados en el modelo de aprendizaje cognitivo, vamos a ver ahora algunos errores en la forma de interpretar las cotidianas experiencias. Este modelo pone en relevancia el papel que juegan los procesos cognitivos como mediadores entre lo que nos sucede y cómo actuamos.

Es más común de lo que se cree ver la vida en blanco o negro, excelentemente buena para unos y desgraciada para otros.

Dejando a un lado las fatalidades, gran parte del cotidiano vivir implicará en algún momento dificultades y desánimo. Es que el sufrimiento es parte de la vida misma; aunque sin duda una gran parte del mismo sea innecesario, ya que la felicidad en buena medida depende de uno mismo. Es decir, uno puede hacer un calvario del infortunio, o bien sacarle provecho a la experiencia. A continuación pondremos el acento en nuestra manera de ver las cosas.

Sin ni siquiera ser conscientes de ello, creamos hábitos en la forma de pensar e interpretar nuestras experiencias. Extraemos conclusiones apresuradas y muchas veces plagadas de errores, que tienen por efecto –cual profecía– su cumplimiento.

Estos hábitos en la forma de pensar no solo tienen que ver con el sesgo en particular con que vemos el mundo sino que también guardan ciertas características formales que colaboran a que no nos hagamos muy conscientes de las cosas que nos decimos y de cómo nos las decimos. El concepto de flexibilidad psicológica adquiere aquí relevancia como compendio de habilidades tendientes a ver los puntos medios de las cosas y sus circunstancias, apartándonos de la rigidez y la estereotipia. Algo que todos podemos aprender si quisiéramos y que sin duda nos acerca a un estado de felicidad.

Los pensamientos tienen un grado de automatismo importante, por lo general siempre estamos diciéndonos las mismas cosas de experiencias bastante disímiles. Nuestro pensamiento es repetitivo, telegráfico, y en un simple “pa”, “ah”, “mirá” o una mueca se refleja todo un sistema de creencias, del cual no somos ni conscientes.

Es decir, se piensa más rápido de lo que se cree que se piensa, y se “hace” más rápido de lo que se piensa. Cuando los hechos están a la vista, en vez de autocuestionarnos tendemos a ratificar nuestros errores, justificando la conducta. Somos organismos

confirmatorios, mal que nos pese.

Es conveniente recordar que pensar, sentir y actuar están indisolublemente unidos; por tanto, pretender analizar si estamos en lo cierto conlleva agudeza, dedicación y esfuerzo.

Se han estudiado una serie de ideas o creencias distorsionadas, también llamadas "ideas irracionales", que regulan nuestro ajuste a la realidad. Dentro de las ideas irracionales más comunes transmitidas culturalmente se encuentran: la idea de que es una necesidad extrema para el individuo contar con la aprobación y amor de los demás; la idea de que si algo es incierto o potencialmente peligroso se debe sentir miedo o ansiedad; la idea de que las cosas deben ser de la manera que uno quisiera que fueran; la idea de que es terrible cometer errores; la idea de que se debe ser indefectiblemente competente en todo lo que se haga; la idea de que la desgracia se debe a causas externas con las que nada se puede hacer; la idea de que se debe castigar severamente la inmoralidad o la "maldad"; la idea de que el pasado es el responsable de lo que a uno le suceda hoy día; la idea de que la felicidad aumenta con la inactividad.

En cierta forma todos somos un poco permeables a dichas creencias, por el mero hecho de vivir en sociedad. El problema radica en cuando estas premisas se vuelven absolutistas, necesarias para vivir, inflexibles y poco realistas.

Por otra parte, se han descrito también algunos errores comunes al momento de pensar nuestras experiencias, conocidas como distorsiones cognitivas.

Identificando las distorsiones cognitivas

Resulta útil identificar las propias distorsiones cognitivas, en tanto implican un gran obstáculo para el avance terapéutico. A continuación se explicará sucintamente cada una de ellas.

- Filtraje. También llamada visión de túnel o abstracción selectiva. Se seleccionan los detalles de una situación desconociendo el resto de los elementos. Toda la situación queda teñida por el detalle. Los recuerdos también pueden ser muy selectivos.
  De esta manera, los pensamientos se pueden "catastrofizar" o magnificar. Esa distorsión cognitiva se percibe claramente cada vez que usamos palabras del tipo "terrible", "tremendo", "desagradable", "horrible", "no lo puedo resistir".

El acento recae en las percepciones dicotómicas de los hechos. Se tiende a percibir en forma extremista. No hay términos medios y, por tanto, las emociones oscilan de un extremo a otro. El peor impacto es sobre la persona misma, en la forma de juzgarse a sí misma. Si no es "perfecto" o "brillante", será un "fracasado" o un "imbécil". Equivocarse una sola vez equivaldrá a ser "inútil" e "incompetente".

- Sobregeneralización. Se generaliza una conclusión a partir de una sola evidencia o un simple incidente. Implica afirmaciones absolutistas. Conlleva el riesgo de restringir nuestras actividades. Las palabras claves para identificar este error son: "todo", "siempre", "nunca", "jamás", "ninguno".
- Interpretación de pensamiento. Se tiende a hacer juicios sobre los demás apresuradamente, basándose en suposiciones más que en evidencias. Por lo general, se realizan acerca de cómo se sientan los demás y qué los motiva a ello. Va de la mano de cómo reacciona la gente ante las cosas, especialmente ante uno mismo. Hay una característica definitoria que se denomina "proyección": imaginarse que los demás reaccionan y sienten de la misma forma que uno mismo. Existe un déficit en la escucha.
- Visión catastrófica. Se piensa lo peor que podría suceder ante cualquier situación. Es común el juicio "y si..." para comenzar una apreciación. Va de la mano del filtraje negativo y la personalización. Es el típico pensamiento ansioso que concluye en evitar hacer cosas por temor a que suceda una desgracia.
- Personalización. Es la tendencia a relacionar algo del ambiente con uno mismo. Se tiene por hábito compararse continuamente con los demás. Se toma todo en relación con uno mismo, implicando un autocuestionamiento de la valía personal. Cada hecho puede suponer una "pista" para analizarse y valorarse.
- Falacia de control. Puede darse de dos maneras. La falacia de control externo o la falacia de control interno. En el primer caso la persona se siente "controlada" por sucesos externos. Se ve impotente y se "bloquea". Se tornará víctima de las circunstancias. Lo bueno y lo malo se deben a circunstancias ajenas a ella misma. Por el contrario, la falacia de control interno implica sentirse responsable de cualquier suceso o de las personas que la rodean. En tal caso se verá omnipotente y responsable de todo.
- Falacia de justicia. La persona tiene un sentido de la justicia que la hace enojarse y resentirse en tanto no se corresponde con la forma en que funcionan exactamente

las cosas. Por lo general, los demás la frustran porque no están de acuerdo con su idea.

- Razonamiento emocional. La persona considera que lo que siente es lo que es. Interpreta la realidad según sus propios sentimientos. Las cosas son de tal o cual manera porque así lo siente. No obstante, sentir no ha de ser argumento suficiente para indicar la lógica de nuestras aseveraciones; solo es un elemento más a tomar en cuenta.
- Falacia de cambio. Se espera que los demás cambien si los influye lo suficiente. Necesita cambiar a la gente para sentirse bien, como si su felicidad dependiera de ello.
- Culpabilidad. Tiende a pensarlo todo según este parámetro. O se culpa a sí mismo o culpa al resto. Tiene relación con las falacias de control y agrega vulnerabilidad e infelicidad al sujeto. A menudo implica pasar la responsabilidad de nuestros propios actos a otros.
- Los "debería" y "tengo que". Se posee una rígida postura de cómo han de ser las cosas y se siguen dichos lineamientos. Por lo general, lleva a estar sobredemandado por las actividades. Se espera lo mismo de los demás y, si esto no sucede, aparece el enojo. Si sucede que es él quien no puede con todo, se sentirá culpable.
- Tener razón. Se está permanentemente en juicios certeros. Tiene problemas de relacionamiento si lo lleva a un extremo. Aprecia su propio concepto de las cosas y minimiza el criterio ajeno. No acepta equivocarse y hará lo necesario para demostrar que tiene razón.
- La falacia de la recompensa divina. Se sacrifica en el cotidiano vivir, creyendo que de alguna manera obtendrá una recompensa por su abnegación, tal y como si alguien llevara la cuenta de sus conductas. Si esto no llega, más se resentirá.

Método socrático

Este procedimiento técnico ha sido nominado apelando al método de cuestionamiento usado por el filósofo griego en su procura de la verdad. Estas simples preguntas, hechas con sinceridad, pueden ser de gran ayuda para identificar y rebatir nuestros pensamientos distorsionados.

- Identificación de pensamientos perturbadores:
    - ¿Me digo algo que me hace sentir mal?
    - ¿Qué es lo que me digo?
- Reestructuración de pensamientos:
    - ¿Qué tiene de verdadero esa afirmación? (evidencia que confirma la idea)
    - ¿Qué tiene de falso esa afirmación? (evidencia que refuta la idea)
- ¿Qué es lo peor que me podría suceder?
- ¿Qué probabilidad hay, del 1 al 10, de que eso que temo ocurra?
- ¿Qué tiene de positivo pensar de esa manera?
- ¿Podría suceder algo bueno?
- Entonces, ¿qué pensamientos alternativos podría generar?

Registro de pensamientos

Una segunda opción para corregir nuestras emociones exacerbadas y nuestros juicios inexactos.

1. Situación	¿Con quién estabas? ¿Qué estabas haciendo? ¿Cuándo fue? ¿Dónde estabas?
2. Pensamientos automáticos (imágenes)	a. ¿Qué estaba pasando por mi cabeza justo antes de empezar a sentirme de esta forma? ¿Algún otro pensamiento? ¿Imágenes? b. Rodeá el pensamiento de alta tensión.
3. Emociones	a. ¿Qué sentías? b. Estimá cada emoción (entre 0 y 100%).
4. Evidencias a favor	a. ¿Qué tiene de verdadero ese pensamiento? b. Describí evidencias basadas en los hechos que apoyen tus conclusiones. c. Intentá evitar la interpretación de los hechos.
5. Evidencias que refutan ese pensamiento	a. Obligate a pensar con atención en evidencias que confirmen que tu pensamiento de alta tensión no es completamente verdadero. ¿Qué tiene de falso tu pensamiento?
6. Pensamientos alternativos/ equilibrados ¿Qué puedo decirme para sentirme mejor, adecuándome mejor a las circunstancias?	a. Anotá un pensamiento racional y más adecuado a las circunstancias. b. Generá nuevos pensamientos alternativos ayudándote de: si fuera tal persona, ¿cómo pensaría la misma situación? c. Estimá cuánto crees en cada pensamiento alternativo. o equilibrado (entre 0 y 100%).
7. ¿Qué emoción sentís ahora?	Volvé a estimar las emociones listadas, además de cualquier otra nueva emoción (entre 0 y 100%).

Diez mandamientos para recordar durante un ataque de pánico

Estas frases engloban una serie de conceptos comunes a quien ha padecido un trastorno de pánico. Se han extraído de materiales de libre circulación en internet y son testimonio de lo que algunas personas se han dicho a sí mismas. Sería conveniente que luego de leer la lista, armara su propia frase con lo que se sienta más identificado. La finalidad es reparar en ella mientras se expone a los estímulos ansiógenos.

1. No importa si se siente atemorizado/a, sorprendido/a, irreal o inestable. Estas sensaciones no son más que exageraciones de las reacciones corporales normales ante la tensión.
2. El hecho de tener estas sensaciones no significa que esté seriamente enfermo/a. Estas sensaciones le causan displacer y temor pero no son peligrosas. No le pasará nada peor.
3. Deje que aparezcan estas sensaciones. Le han estado controlando. Las ha alimentado y las ha hecho más agudas de lo que en realidad son. Deje de alimentarlas. No escape del pánico. Cuando sienta que el miedo aumenta, respire hondo y relájese al exhalar. Siga tratando de lograr esto. Quédese como si estuviera flotando en el espacio. No luche contra la sensación de miedo. Acéptela. Puede hacerlo.
4. Trate de lograr la máxima comodidad en la situación, sin escapar. Si está en la calle, apóyese en un poste o en una pared. Si está en una tienda, dígale a la vendedora que no se siente bien y busque un asiento. No se suba a un taxi y huya a su casa.
5. Deje de alimentar su miedo con pensamientos aterradores acerca de lo que está sucediendo y lo que puede pasar. No se regodee en su propia piedad y piense "¿por qué no puedo ser normal como el resto de la gente?, ¿por qué tengo que sufrir todo esto?". Simplemente acepte lo que le está sucediendo. Si lo hace, aquello a lo que más teme no ocurrirá.
6. Piense acerca de lo que realmente le está ocurriendo a su cuerpo en este momento. No piense: "algo terrible me va a suceder, debo huir". Repítase varias veces: "no me caeré, no me desmayaré, no moriré ni perderé el control".

7. Espere y dele tiempo al miedo para que desaparezca. No huya. Otros han encontrado fuerza para vencer el miedo. Usted también lo logrará. Note que a medida que deja de alimentar su miedo este comienza a desaparecer por sí mismo.
8. Esta es su oportunidad para practicar. Piénselo así: aun si se siente aislado/a en el mundo, uno de estos días dejará de sentirse así. Quizá pronto podrá soportar la situación y decir: "lo logré". Una vez que diga esto, habrá recorrido una buena parte del camino en la superación del miedo. Piense acerca del progreso que ha realizado.
9. Trate de focalizarse en el temor, no le preste atención a lo que está pasando en su interior. Mire a su alrededor. Mire a la gente que pasea por la calle o que está en el ómnibus: están con usted, no contra usted.
10. Cuando el pánico disminuya, relaje su cuerpo, respire profundamente y continúe con sus actividades. Recuerde: cada vez que logra sobreponerse al pánico está reduciendo su temor.

El papel de los familiares y amigos

1. Tranquilizar pero sin reforzar. Estar atentos pero sin mantener la dependencia. Apoyo, no sobreprotección. No estarle hablando o preguntándole todo el tiempo cómo se siente.
2. Deben saber, al igual que la persona que lo sufre, que el trastorno de pánico se mantiene por la evitación de los lugares, situaciones o sensaciones corporales y que nada "terrible" en sí mismo le pasará. Es solo una cuestión de exceso de ansiedad, aunque en verdad se sientan muy mal.
3. Mantenerse firme con los pilares del tratamiento y mantener el equilibrio entre una actitud de escucha y acompañamiento, y otra de claridad y seguridad, sin dejarse amedrentar por los mismos miedos de quien padece. No es que su trastorno sea "selectivo" o antojadizo.
4. No acudir como primera medida a la emergencia si no se han agotado otros recursos. Alentarlos a que se expongan ellos mismos solos, así como elogiar los progresos por pequeños que parezcan.
5. Respeto, silencio, ayuda tranquila. No enloquecerse, ni irritarse. Más vale dejar sola a la persona si no se puede lograr esa actitud.
6. Darle reestructura a los pensamientos irracionales que la persona no está pudiendo realizar.
7. Practicar con la persona alguna técnica de relajación si fuese necesario y esperar a que pase.

Guía de apoyo para las exposiciones

Las reglas de oro de la exposición son:

- Cuanto mayor es el miedo a algo, más frecuentemente debe uno exponerse a ello.
- La clave del éxito es la exposición regular y prolongada a tareas planeadas con anterioridad y con un grado de dificultad creciente. La práctica gradual hace improbable la ocurrencia de los ataques de pánico.

Para planificar el tipo de exposición adecuado a cada caso pueden ser de utilidad los siguientes pasos:

1. Listar las situaciones que evita o que le producen ansiedad. Los objetivos deben ser claros y precisos.
2. Ordenarlas según el grado de dificultad que le supone enfrentarse a ellas. La exposición debe ser gradual.
3. Repetir la práctica de esta situación todas las veces necesarias hasta que pueda manejarla sin dificultad.
4. Pasar a la siguiente situación de la lista.
5. No subestimar los logros aunque estos sean lentos o pequeños. No importa que las tareas que se proponga sean fáciles para otras personas, importa cuán difíciles sean para usted. Infravalorar los éxitos hace que uno se sienta mal y es un obstáculo para seguir intentándolo. Muchas veces sumando pequeños éxitos es como se obtienen los grandes logros.

La exposición se puede potenciar de estas maneras:

- Planificar las actividades de exposición sin prisas especiales y sin otros contratiempos añadidos (hambre, falta de sueño, enfermedad, tensión premenstrual, etcétera).
- Sin embargo, practicar cada día, sea este bueno o malo, facilita la exposición. Practicar un día “malo” es importante porque le permite hacerle frente al malestar experimentado. Lo poco que haga en un día “malo” puede valer más que lo mucho que realice en un día “bueno”. Antes de comenzar cada práctica piense en los

beneficios que le supondrá el poder realizarla.

- Llevar a cabo respiraciones lentas y profundas antes y durante los ejercicios de exposición, de modo que se pueda sustituir una respiración rápida y entrecortada por otra más lenta y relajada.
- La ansiedad debe servirle como una señal para ensayar las estrategias de afrontamiento aprendidas: minirrelajación, pensamientos realistas sobre el pánico, reestructuración cognitiva, concentrarse en la situación y no en las sensaciones físicas, etc. El fin es hacer manejable la ansiedad, no eliminarla.
- Es mucho más fácil controlar la ansiedad en sus primeras fases, antes de que alcance un nivel muy elevado. Por eso debe aprender a reconocer los inicios de la tensión y lo que pasa por su cabeza cuando comienza a preocuparse.
- Es normal y beneficioso que experimente algo de ansiedad durante la práctica, y si esta resulta excesiva puede hacerlo en etapas. Es normal que haya altibajos y contratiempos. Lo ideal es permanecer en la situación hasta que observe una reducción sustancial de la ansiedad y hasta que desparezca el deseo de escapar. Si a pesar de todo abandona la situación antes de que la ansiedad haya disminuido lo suficiente, lo que debe hacer es alejarse lo menos posible, tranquilizarse y volver a la situación lo más pronto que pueda.

La graduación de las tareas de exposición se puede realizar según las siguientes variables:

- Dificultad de la tarea.
- Compañía del co-terapeuta o no.
- Duración de la tarea.
- Número de personas presentes.
- Importancia jerárquica o emocional del interlocutor.

Registro semanal de exposiciones (ejemplo):

	Nombre:						
	Semana del:						
Situaciones	L	M	M	J	V	S	D

Caminar una cuadra solo			X			X	X
Permanecer en casa solo		X					
Subir a un ómnibus solo				X			

Guía de prevención para posibles recaídas

- En primer lugar, es muy importante no tener miedo a las recaídas y no estar pendiente de su posible ocurrencia. La preocupación por las recaídas nos puede llevar a interpretar cualquier síntoma ocasional como un indicador de que algo anda mal, lo cual aumenta el temor y la ansiedad. Si aparece algún síntoma de ansiedad debemos pensar que "como vino se irá" y no alarmarnos innecesariamente por ello.
- Recordar que poseemos herramientas para salir adelante.
- Leer nuevamente los materiales sobre ansiedad y afines, tomando conciencia del significado real de las sensaciones corporales.
- Volver a exponerse, y repasar los materiales sobre los "diez mandamientos".
- Revisar los pensamientos e imágenes vinculados a las situaciones temidas, anotarlos y sustituir cada idea equivocada por un pensamiento más realista o una imagen más relajada de la situación.
- Practicar diariamente la minirrelajación y la RMP, para volver a consolidar los niveles basales de ansiedad.
- Evitar el consumo excesivo de té, café o mate temporalmente.
- Si aún quedan situaciones o lugares temidos a los cuales nunca nos hayamos expuesto, revisitar qué grado de ansiedad actual supone y subdividir a escala según lo tolerado de momento.
- Evitar el evitar.
- Ante cualquier duda, una consulta a su terapeuta a tiempo es recomendable para evitar mayores contratiempos.

Nadie está libre de experimentar ansiedad, porque esta es la que nos permite estar vivos y emprender muchas actividades productivas.

12. Carótida: cada una de las dos arterias, propias de los vertebrados, que por uno y otro lado del cuello llevan la sangre a la cabeza.

Querido lector, si ha llegado hasta aquí y
tiene alguna duda o comentario sobre el texto, me gustaría que me lo hiciera llegar a esta dirección:
susana.acq@gmail.com.

Bibliografía

ALCARAZ, V. M. (2000): *Estructura y función del sistema nervioso. Recepción sensorial y estados del organismo*, Universidad de Guadalajara, México.

AMIGO VÁZQUEZ, I.; FERNÁNDEZ RODRÍGUEZ, C.; Pérez ÁLVAREZ, M. (1998): *Manual de psicología de la salud*, Pirámide, Madrid.

BADOS LÓPEZ, A. (2000): *Agorafobia y ataques de pánico*, Pirámide, Madrid.

BERNSTEIN, D.; BORKOVEC, T. (1983): Entrenamiento en relajación progresiva, Desclee de Brouwer, Bilbao.

CANNON, W. (1932): *The Wisdom of the Body*. New York: Norton Co.

DARWIN, CHARLES (1859): *The origin of species by natural selection*. John Murray. Londres.

DSM-IV (1994): *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, American Psychiatric Association, United States, Washington, DC.

FERNÁNDEZ BALLESTEROS, R. (1994): *Evaluación conductual hoy. Un enfoque para el cambio en psicología clínica y de la salud*, Ed. Pirámide. Cap. 12: "Evaluación de los problemas de ansiedad", Xavier Méndez y Maciá Antón.

HERRERO VELASCO, L.; SABANÉS MAGRIÑÁ, F.; PAYÉS AVELLÍ, e. (1983): *Trastornos de ansiedad en medicina*, Ed. Newsletter, Hoechst Ibérica SA, Barcelona.

KAPLAN, H. I.; SADOCK, B. J. (1989): *Tratado de psiquiatría*. Salvat, Barcelona.

PAVLOV, I. (1923/1993): *Reflejos condicionados e inhibiciones*, Planeta-Agostini, Barcelona.

RIMM, D. C. y MASTERS, J. C. (1974). Terapia de la conducta. Técnicas y hallazgos empíricos. México: Trillas. Cap. VIII "Métodos operantes en el autocontrol".

SELIGMAN, M. (1975): *Helplessness: On Depression, Development, and Death*. W. H. Freeman, San Francisco.

SKINNER, B. F. (1953/1970): *Ciencia y conducta humana*. Fontanella, Barcelona.

_____ (1938/1970): *La conducta de los organismos*.

_____ (1975): "Algunas propiedades cuantitativas de la ansiedad". En: *Registro acumulativo*, Ed. Fontanella, Barcelona.

SELYE, H. (1936): "A Syndrome Produced by Diverse Nocuous Agents". *The Journal of Neuropsychiatry Clinical Neurosciences.* ‹http://neuro.psychiatryonline.org/›.

THOMPSON, R. (1973): *Fundamentos de psicología fisiológica*, Trillas, México.

VALDÉS, M.; DE FLORES, T. (1990): *Psicobiología del estrés*, Martínez Roca, Barcelona.

Materiales de divulgación

Revista de Clínica Psiquiátrica. AAP (Asociación Argentina de Psiquiatras). FACN (Fundación Argentina de Clínica Neuropsiquiátrica). Año VIIII, Vol. Nº 3. Dic. 1996. Art. "El estrés laboral". Dr. Oscar E. Slipak.

El Diario Médico. Montevideo, Uruguay.

Susana Acquarone

(Montevideo, 1968) es licenciada en Psicóloga por la Udelar y se formó como terapeuta cognitivo–conductual en la Sociedad Uruguaya de Análisis y Modificación de la Conducta.

Ha ejercido en hospitales y en diversas instituciones educativas. En 1995 se unió al Equipo de Asistencia e Investigación en Psicoterapia de la Clínica Psiquiátrica del Hospital de Clínicas, Dr. Manuel Quintela, donde trabajó hasta 2001. En 1998, junto con otros colegas fundó el Centro Conductual Montevideo, abocado a la asistencia y a la formación en psicología.

Durante más de diez años ha impartido cursos y participado en congresos y seminarios nacionales e internacionales. Así mismo, mantuvo a lo largo de varios años una columna en *El Diario Médico*.

Actualmente continúa desempeñándose como psicoterapeuta individual y grupal en instituciones médicas y seguros de salud del país como parte del SNIS (Sistema Nacional Integrado de Salud).

Primera edición: marzo de 2015
2014, Susana Acquarone
© 2015, de la presente edición en castellano para todo el mundo:
Penguin Random House Grupo Editorial
Editorial Sudamericana Uruguaya S.A.
Yaguarón 1568 C.P. 11.100 Montevideo

Para preservar el secreto profesional, no se revela la identidad de ninguna de las personas cuyo caso o testimonio es comentado en este libro. Igualmente, se contó con su consentimiento expreso para su reproducción.

Penguin Random House Grupo Editorial apoya la protección del *copyright*. El *copyright* estimula la creatividad, defiende la diversidad en el ámbito de las ideas y el conocimiento, promueve la libre expresión y favorece una cultura viva. Gracias por comprar una edición autorizada de este libro y por respetar las leyes del *copyright* al no reproducir, escanear ni distribuir ninguna parte de esta obra por ningún medio sin permiso. Al hacerlo está respaldando a los autores y permitiendo que PRHGE continúe publicando libros para todos los lectores.

ISBN 978-9974-732-43-8

Diseño de cubierta: Anabella Corsi

Conversión a formato digital: Libresque

Índice

Superar las crisis de pánico
Dedicatoria
Soltando al dios Pan
I. Descripción y análisis del trastorno de pánico
    El círculo vicioso del pánico
II. Lo que va por cuenta del aprendizaje
III. A punto de partida de nuestro sustrato biológico
    Repaso: el sistema nervioso
    Resumen
IV. Tratamiento
V. Viñetas clínicas
    El electricista no tenía miedo
    Ángela y las caminatas
    Si de asociaciones y condicionamientos se trata
    Histrionismo y pánico
    Cuando el problema es el control
    El grupo habló a través del relato de Sofía
    ¿Qué sería lo normal?
    Cuando ya no hay dónde escapar
    No quiero ser más un bicho para mis hijos
    Carta de una paciente a su terapeuta
VI. MAteriales de autoayuda
    Ejercicio de observación
    Técnica de minirrelajación (mR)
    Relajación muscular progresiva (Rmp)
    Algunos consejos útiles para contrarrestar la hiperventilación
    Procedimientos de reestructuración cognitiva
    Método socrático
    Registro de pensamientos
    Diez mandamientos para recordar durante un ataque de pánico
    El papel de los familiares y amigos
    Guía de apoyo para las exposiciones

Guía de prevención para posibles recaídas
Nota de la autora
Sobre la autora
Bibliografía
Créditos

Índice

Superar las crisis de pánico 2
Dedicatoria 4
Soltando al dios Pan 5
I. Descripción y análisis del trastorno de pánico 7
El círculo vicioso del pánico 18
II. Lo que va por cuenta del aprendizaje 21
III. A punto de partida de nuestro sustrato biológico 27
Repaso: el sistema nervioso 66
Resumen 87
IV. Tratamiento 93
V. Viñetas clínicas 112
El electricista no tenía miedo 114
Ángela y las caminatas 118
Si de asociaciones y condicionamientos se trata 120
Histrionismo y pánico 122
Cuando el problema es el control 126
El grupo habló a través del relato de Sofía 129
¿Qué sería lo normal? 132
Cuando ya no hay dónde escapar 136
No quiero ser más un bicho para mis hijos 138
Carta de una paciente a su terapeuta 139
VI. MAteriales de autoayuda 140
Ejercicio de observación 142
Técnica de minirrelajación (mR) 148
Relajación muscular progresiva (Rmp) 150
Algunos consejos útiles para contrarrestar la hiperventilación 155
Procedimientos de reestructuración cognitiva 156
Método socrático 160
Registro de pensamientos 161
Diez mandamientos para recordar durante un ataque de pánico 162
El papel de los familiares y amigos 164

Guía de apoyo para las exposiciones 165
Guía de prevención para posibles recaídas 168
Nota de la autora 170
Bibliografía 171
Sobre la autora 173
Créditos 174